Rok III. Warszawa, Lipiec 1924 r. № 3.

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.

Z ZAKŁADU ANATOMJI OPISOWEJ UNIWERSYTETU WARSZAWSKIEGO
I PRACOWNI SZPITALA STAROZAKOŃNYCH

O uchyłkach dwunastnicy

Podał

C. Jastrzębski

Uchyłki dwunastnicy bez towarzyszących im zmian chorobowych w ścianie lub otoczeniu jelita należą do przypadków rzadkich i pod względem genetycznym są zagadnieniem dotąd nierozwiązanym.

Do niedawna wskutek braku typowych objawów klinicznych nieudawało się rozpoznać za życia uchyłki dwunastnicy, to też nie budziły one zainteresowania szerszego ogółu lekarzy. Obecnie, zawdzięczając stosowaniu prom. Roentg. w djagnostyce chorób i wad przewodu pokarmowego, sprawa uchyłków dwunastnicy staje się coraz bardziej aktualną, a szereg prac anatomicznych i klinicznych w piśmiennictwie zagranicznym w ostatnim 10-ciuleciu świadczy najlepiej o znaczeniu praktycznym tej wady.

W piśmiennictwie polskim znalazłem tylko dwie prace. W 1915 r. S. Rubinrot opisał przypadek uchylka dwunastnicy, rozpoznany roentgenologicznie (Medyc. i Kron. Lek. XIV), a w 1902 r. Gliński podał przypadek, w którym sekcyjnie stwierdził około 100 uchyłków w dwunastnicy i innych odcinkach jelit tego samego chorego. (Przegl. Lek. № 22).

Że względu na tak małą liczbę prac polskich o tym przedmiocie pozwalam sobie omówić w ogólnym zarysie dane, zdobyte dotychczas o tej wadzie, oraz opisać własne trzy spostrzeżenia.

I-szy przypadek uchyłka dwunastnicy opisał Chomel w r. 1710 (Paris Hist. de l'Acad. Royal.). Od tego czasu liczba spostrzeżeń wzrosła prawie do 300.

Pod względem anatomicznym opisane uchyłki posiadały kształt bańkowaty, rzadziej stożkowaty. Wobec tego przyjęto rozróżniać koniec — czyli dno uchyłka i część, przylegającą do jelita, którą wskutek mniejszego lub większego zwężenia nazwano szyjką. W 56% przypadków ściany uchyłków były cienkie i sprawiały wrażenie wypuklenia błony śluzowej wraz z podśluzową przez szpary w warstwie mięśniowej jelita. W 44% przypadków udało się stwierdzić w ścianie uchyłków także i warstwę mięśniową, która dochodziła aż do ich dna. Wielkość uchyłków wahała się od ziarna grochu do jaja gołębiego. 75% uchyłków przypada na część zstępującą dwunastnicy, szczególniej ujścia przewodów żółciowego i trzustkowego. W części początkowej i wstępującej uchyłki spotykano znacznie rzadziej (14 i 17%). Najczęściej uchyłki mieściły się w sąsiedztwie główki trzustki i leżały tam w odpowiedniej wielkości zagłębieniach.

Liczba uchyłków w poszczególnych przypadkach była zmienna. Według Buschi (Virch. Arch. Bd. 206. 1911 r.) w 70% istniał tylko jeden uchyłek, w 25% — dwa i w 5% od 4 do 5. Wyjątkowo rzadko uchyłki były liczne i znajdowały się też w innych odcinkach jelit (Hansemann, Gliński, Klebs).

Częstość uchyłków dwunastnicy na materjale sekcyjnym waha się od 0,5 do 3% (Baldwin, Buschi, Linsmayer), a na materjale rentgenologicznym G. F. Case na 6347 badań stwierdził uchyłki 85 razy, t. j. w 1,3%. (The Journal of. the Amer. Med. Assoc. 1920).

Sądzę jednak, że przytoczone % są za wysokie, ponieważ obejmują także przypadki o pochodzeniu niewątpliwie patologicznym (zrosty).

Zastanawia zależność częstości uchyłków od wieku i płci. Mianowicie, na wiek do lat 50 przypada tylko około 20% przy-

padków, podczas gdy u osób w wieku ponad 60 lat odsetek wzrasta do 45% (B u s c h i) i nawet do 75% (L i n s m a y e r). U mężczyzn uchyłki stwierdzono 2 razy częściej.

Znaczenie kliniczne uchyłków zostało wyjaśnione dopiero w czasach ostatnich. Uchyłki były przyczyną ucisku na dwunastnicę (W i l k i e) lub innych ciężkich objawów chorobowych (niestrawność, niedokrwistość, bóle). Sprawy zapalne w uchyłkach (*Viverticulitis)* mogą stać się bardzo niebezpieczne, ze względu na cienkość ich ścian, nie zawsze pokrytych otrzewną i wynikającą stąd łatwość przejścia sprawy na narządy sąsiednie (*pancreatitis*, *hepatitis*). Kamienie w uchyłkach (przypadki C h o m e l'a i H a r l e y'a) są zjawiskiem rzadkim.

W przypadkach rozpoznanych leczenie było oczywiście chirurgiczne a polegało na usunięciu uchyłka, albo na wpukleniu jego do świa'ła' dwunastnicy, co niejednokrotnie już wybawiło chorych od bardzo ciężkich objawów (G r e d e r, L e w i s, R o b i n e a u, B o n n e a u i inni).

Zdania o przyczynach powstawania uchyłków dwunastnicy są b. różne. Jest to wynikiem braku dokładnych danych o rozwoju tej wady i wskutek tego uznawania za przyczynę uchyłków takich zmian patologicznych, które należy uważać za zjawiska raczej wtórne, późniejsze i nie związane z istnieniem uchyłka.

Tak więc, jedni uważają uchyłki za twory nabyte wskutek zmian miejscowych w warstwie mięśniowej jelita, polegających na zwyrodnieniu tłuszczowym (R o t h, J a c h, H a n s e m a n n), albo na zniszczeniu mięśnia przez sprawę zapalną (T h o m s o n, N o w a r o et G a l i n d e r) lub przez uciskające guzy, wzgl. trzustkę dodatkową (H o l z w e i s i g). Oprócz tego miejscowe osłabienie ściany jelita może nastąpić wskutek rozsunięcia włókien mięsnych przez rozszerzony przewód żółciowy lnb trzustkowy, albo też zmienione naczynia krwionośne (G r a s e r, H a n s e m a n n, K l e b s, F l e j s c h m a n n, H o w a r d H. B e l l). Uchyłki były by tedy tylko przepuklinami warstwy śluzowej wraz z podśluzówką. Na korzyść takiego poglądu przemawiał by również podeszły wiek większości chorych, oraz stosunkowo częsty brak warstwy mięśniowej w ścianie uchyłka.

Wymienione wyżej zmiany patologiczne, według mego zdania, można uważać za istotną przyczynę powstania uchyłków tylko w bardzo ograniczonej liczbie przypadków. Naprzykład, zupełnie nieprawdopodobnym wydaje mi się, żeby świeże zmiany tłuszczowe w mięśniówce u zmarłych na posocznicę mogły być przyczyną pojawienia się uchyłka, jak to podał jeden z autorów.

Nie można więc jeszcze teorję tą o pochodzeniu uchyłków uważać za udowodnioną dla całego szeregu dokładnie zbadanych przypadków, w których nie wykryto żadnych zmian chorobowych miejscowych. Okoliczność ta skłoniła innych autorów (Lethulle, Marie, Wilkie, Buschi, Bonneau i inni) do uznania takich przypadków uchyłków za wadę rozwojową. Na dowód słuszności tego poglądu wymienieni autorowie przytaczają dane o rozwoju dwunastnicy oraz stwierdzony przez Thinga i Lewisa przypadek uchyłka jej nawet u płodu 13 mm. dług. Brak lub zachowanie warstwy mięśniowej w ścianie uchyłka zwolennicy tego poglądu uważają za sprawę małej wagi i nie mogącą rozstrzygać o pochodzeniu uchyłka, czy nabytym czy wrodzonym, powołują się przytym na spostrzeżenia Birch-Hirschfelda i Buschi, którzy stwierdzili brak warstwy mięśniowej nawet w niektórych przypadkach t. zw. uchyłka Meckel'a.

Istnieje jednak i trzeci pogląd, który możnaby uznać za kompromisowy, mianowicie, że uchyłki są tworami nabytemi, lecz powstają wskutek usposobienia wrodzonego (Aschoff).

Jest to możliwe. Myślę jednak, że przy obecnym stanie wiedzy uzasadnić to się nie da. Trzeba było by wyjaśnić naprzód, co to jest wrodzone usposobienie i wykryć te warunki anatomiczne, które powodowałyby w pewnych okolicznościach powstawanie uchyłków. Stosunki anatomiczne w okolicy brodawek są takie, że rola przewodów żółciowego i trzuskowego w powstawaniu uchyłków jest bardzo wątpliwa. Poszukiwauia Oddi'ego, Letulle'a i Larrier'a dowiodły, że przewody przy ujściu swoim posiadają mięsień zwieracz, ściśle połączony z warstwą mięśniową jelita, a zatym twierdzenie o jakoby wrodzonej słabości ściany w tym miejscu nie jest słuszne. Co się tyczy gruczołów Brunnera, to u noworodków są one rozsiane równomiernie w warstwie podśluzowej i śluzowej dwunastnicy,

a u dorosłych, natomiast, w większości przypadków nie przekraczają brodawki, to jest, że w dolnym odcinku części zstępującej i w części wstępującej dwunastnicy ulegają one zanikowi (Villemin). Gdyby ta okoliczność miała mieć jakie znaczenie, to umiejscowienie uchyłków było by odwrotne w stosunku do tego, które obserwujemy: powstawałyby one częściej w końcowych odcinkach jelita, nie zaś przed brodawkami.

Moje spostrzeżenia dotyczą następujących trzech przypadków.

I. (Prosektorjum Zakładu Anatomji opisowej Uniwersytetu Warszawskiego).

Mężczyzna lat 50-ciu. Na lewej ścianie zstępującej części dwunastnicy znalazłem dwa bańkowate uchyłki, które leżały jeden pod drugim, w głębokich jamkach, w przylegającej części główki trzustki. Odległość ich od odźwiernika wynosiła 5 i 7 cm.; długość górnego równała się 2 cm., dolnego — 3 cm., szerokość zaś 1 — 2 cm. Ściany uchyłków były wiotkie, przeświecały, z tkanką trzustki łączyły się za pomocą luźnej tkanki łącznej. Brodawka znajdowała się na tylnej ścianie uchyłka górnego, a na dnie jego wśród tkanki łącznej luźnej było kilka zrazików trzustki dodatkowej (rozpoznanie mikroskopowe). Warstwa mięśniowa jelita dochodziła do szyjki uchyłków i tylko pojedyńcze włókna mięsne zachodziły na ich ściany.

II. (Prosektorjum Szpitala Wolskiego.)

Kobieta lat 64. W części zstępującej dwunastnicy znalazłem dwa uchyłki na lewej ścianie jelita w odległości 7 i $8^1/_2$ cm. od odźwiernika. Obydwa leżały w głębokich dołkach w główce trzustki, górny na powierzchni przedniej, a dolny na tylnej. Długość górnego—1 cm. a dolnego 2 cm. o szerokości odpowiednio takiej samej. Brodawka była pod uchyłkiem dolnym. Warstwa mięśniowa szczątkowa dochodziła do dna uchyłków.

III. (Prosektorjum Szpitala Starozakonnych).

Mężczyzna lat 45. Alkoholik. Ostry nieżyt żołądka i jelit, trzustka bardzo spoista. Bezpośrednio za i nad brodawką uchyłek wielkości orzecha laskowego, który leżał w płytkim dołku na tylnej powierzchni główki trzustki. Szczątkowa warstwa mięśniowa dochodziła do dna uchyłka.

W przypadkach tych żadnych nieprawidłowych zrostów dwunastnicy z otoczeniem nie było. Badanie szczegółowe śluzówki nie wykryło żadnych śladów owrzodzeń, istniejących lub przebytych, ani w żołądku, ani w dwunastnicy. Kosmki były wyrażone dobrze, pokrywały równomiernie powierzchnię wewnętrzną dwunastnicy i uchyłków. Brzegi otworów, prowadzących do uchyłków, były zaokrąglone i w mniejszym lub większym stopniu przykryte okrężnemi fałdami śluzówki. Jakiego bądź związku z naczyniami krwionośnemi

stwierdzić nie mogłem. Treści jelitowej w uchyłkach nie było. Zraziki trzustki w obrębie dołów posiadały kształt i budowę prawidłowe i objawów zaniku wskutek ucisku nie zdradzały.

Badań mikroskopowych nie wykonałem dla tego, że żadnych objawów, które mogły były spowodować powstanie tych uchyłków, nie znalazłem po szczegółowym dokładnym zbadaniu pod lupą. Zresztą, wykrycie mikroskopowych zmian wstecznych lub pozapalnych w ścianie jelita nie dałoby prawa uważać je za przyczynę powstania tej wady. Dla tego trzeba byłoby niezbicie udowodnić, że w opisanych przypadkach zmiany patologiczne wyprzedziły pojawienie się uchyłków.

Tak więc, na podstawie danych z piśmiennictwa oraz spostrzeżeń własnych, uważam za słuszne przypadki opisane zaliczyć do wad rozwojowych.

Pozwala mi na to:

1) brak zmian chorobowych w ścianach i otoczeniu dwunastnicy; 2) obecność warstwy mięśniowej w ścianach uchyłków; 3) umiejscowienie ich w okolicy brodawki, t. j. w miejscu powstawania u płodów licznych uchyłków, jako zawiązków wątroby, dróg żółciowych i trzustki; 4) istnienie w trzustkach dołów głębokich dla pomieszczenia uchyłków, które świadczą o bardzo dawnym istnieniu uchyłków i 5) luźne połączenie uchyłków z trzustką, bez śladów zaniku lub blizn w tej ostatniej.

Na zakończenie podkreślę, że sprawa o pochodzeniu uchyłków dwunastnicy nie jest bynajmniej wyjaśniona, a podział ich na wrodzone i nabyte nie posiada podstaw pewnych. Konieczne są przeto dalsze badania anatomiczne, kliniczne i rentgenologiczne. Niezależnie od tego są niezbędne poszukiwania embrjologiczne, które rzucą może więcej światła na rozwój dwunastnicy, a w razie potwierdzenia faktu powstawania uchyłków w życiu płodowym, wyjaśnią nam dokładnie mechanikę rozwoju tego zboczenia.

PIŚMIENNICTWO.

(Prócz prac, już wymienionych w tekscie).

1. L. Aschoff. Pat. Anat. Bd. II. 1921. 2. Baldwin. Anat. Rec. 1911. vol. 5. 3. Bauer. Konst. Disp. zu inner. Krankh.

1921. 4. Bonneau. Presse med. 1923. № 77. 5. Caraven. ibd. № 103. 6. Gandy. Bull. de la Soc. Anat. de Paris. 1910. 7. Howard H. Bell. Anat. Rec. 1921. vol. 5. 8. Hansemann. Virch. Arch. Bd. 144. 9. Holzweisig. Mitt. aus d. Ggb. Med. u. Chir. 1922. Bd. 34. 10. Keibel u. Mall. Hdb. d. Entw. Gesch. d. Menschen. Bd. II. 1910. 11. Letulle. Bul. de la Soc. Ant. de Paris. 1898. 12. Marie. Ibid. 1899. 13. Robineau et Gally. Arch. de l'app. digest. 1922. T. XIII. 14. Roth. Virch Arch. Bd. 56. 15. Villemin. Rech. d'anat. comp. sur le duodenum. 1922. 16. Hendrikson. Anat. Anz. Bd. 17. 17. M. Eiger. Lek. Wojsk 1921. № 5.

Z PRACOWNI ANATOMO-PATOLOGICZNEJ SZPITALA.
KIEROWNIK DR. C. JASTRZĘBSKI.

Przyczynek do nauki o przepuklinach przeponowych nabytych.

Podał
M. Płońskier

Streszczenie odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu dn. 6 czerwca 1924 r.

Z punktu widzenia anatomo - patologicznego przepukliny przeponowe dzielą się na prawdziwe (*Hern. diaphragmat. verae*), gdy posiadają worek i rzekome (*spuriae*) bez worka przepuklinowego. Dla tych ostatnich Wieting proponuje nazwę „*prolapsus intestinorum transdiaphragmaticus*", a francuzi —„*evisceratio transdiaphragmatica*". Z drugiej strony istnieje podział przepuklin na wrodzone i nabyte. Przepukliny wrodzone powstają naskutek zaburzeń rozwojowych przepony, a najwyższym stopniem tej wady jest zupełny brak przepony. Rydygier stwierdził to u siedmioletniego chłopca; jest to przypadek prawie wyjątkowy. Zaburzenia rozwojowe polegają albo na niezupełnym zrośnięciu 2 części, z których powstaje przepona (grzbietowej i brzusznej), albo wskutek nierównomiernego rozwoju tkanki mięśnej, przez co między pasmami jej pozostają ograniczone ubytki, wypełnione luźną tkanką łączną i pokryte z jednej strony opłucną, a z drugiej otrzewną. Normalnie takie luki w mięsnej części przepony istnieją w okolicy mostka—*trigona sternocostalia* i w pobliżu kręgosłupa — *tri-*

gona lumbocostalia. Miejsca te są „*loci minoris resistentiae*" i przez nie narządy jamy brzusznej przedostawać się mogą do klatki piersiowej.

Przepukliny przeponowe nabyte tworzą się najczęściej wskutek czynników mechanicznych, (uderzenia, postrzały i na kłócia), jak to często było spostrzegane podczas wojny światowej (A. (Dietrich). O wiele rzadziej przyczyną ich są sprawy patologiczne bądź w klatce piersiowej, bądź w jamie brzusznej, gdy te niszczą, względnie osłabiają przeponę.

W ciągu całego ubiegłego 100-cia i początku obecnego zanotowano zaledwie 560 przypadków przepuklin przeponowych. Z tych 80% stanowiły przepukliny rzekome. Na 309 przypadków przepuklin przeponowych stwierdzono [1]): prawdziwych 36 (lewostr. 20, prawostr. 16), rzekomych 273 (lewostr. 234, prawostr. 39). Z 234 lewostronnych rzekomych znaleziono duży otwór w 31 przypadkach, a mały w 203. Na 117 przypadków znaleziono otwór w lewej części ośrodka ścięgnistego 36 razy, w lewej $^1/_2$ przepony poza ośrodkiem ścięgnistym 69 razy; około *foramen oesophageum* 11 razy, w okolicy dla *n. sympathicus* 1 raz.

Stosunek między przepuklinami wrodzonemi i nabytemi wynosi według Vayhinger'a 10 : 16. Przepukliny wrodzone znajdywano przeważnie u dzieci, nabyte zaś u dorosłych (przeważnie rzekome).

Co do przemieszczenia poszczególnych narządów jamy brzusznej do klatki piersiowej, to według Lacher'a (na 275 przyp. przep. przep.) żołądek był przemieszczony 161 razy, okrężnica 145, sieć 96, jelito cienkie 83, wątroba 45, trzustka 27, jelito ślepe 20, nerka 2.

Na 146 przypadków przepuklin przeponowych w 119 znaleziono je u mężczyzn, u kobiet zaś tylko 27 razy. (Lacher).

Co do wieku, w którym przepukliny te występują, to wedł. Markiewicza—na 189 przypadków do 30 roku życia stwierdzone one były 136 razy (z tego 80 do 1 roku życia), i 53 razy po 30 roku.

Powyższe dane statystyczne uprawniają do wniosków, że

---

[1]) Statystyka Przewoskiego.

1) przepukliny przeponowe występują przeważnie po stronie lewej, gdyż po prawej stronie przeszkadza temu wątroba,

2) przesunięciu ulegają narządy, bliżej otworu umieszczone: najczęściej żołądek, poprzecznica oraz sieć, jako najbardziej ruchome,

3) przepukliny występują częściej u mężczyzn, gdyż ci więcej podlegają wysiłkom fizycznym,

4) przepukliny przeponowe najczęściej występują u dzieci i u ludzi młodych.

Nasz przypadek dotyczy 19-letniego chłopca, który przybył do Szpitala dn. 16.III 1924 r., a zmarł dn. 23.III 1924 r.

Klinicznie rozpoznano: „*Ileus? Tbc. pulmonum. Gangraena pulmonum*".

Natomiast pośmiertne badanie wykryło: „*Hernia diaphragmatica spuria sinistra cum incarceratione flexurae lienalis colonis trausversi et omenti majoris. Atelectasis pulmonis sinistri. Pleuritis ichorosa. Pericarditis exsudativa. Cicatrices mucosae ilei. Lymphadenitis mesaraica*".

Stwierdzono przytym na granicy części ścięgnistej i mięsnej przepony z lewej strony otwór o średnicy około 1$^{1}/_{2}$ cm. i drążący do klatki piersiowej, przez który przenikał lewy odcinek poprzecznicy (dług. 25 cm.) wraz z większą częścią sieci. Część wpustowa żołądka oraz śledziona były przyciągnięte ku otworowi. W klatce piersiowej znaleziono płyn ciemno-zielonkawy, cuchnący. Lewe płuco uciśnięte, znacznej spoistości i bez powietrza. Uwięźnięta pętla jelitowa od strony jamy opłucnowej niepokryta żadnym workiem, rozdęta, ciemno-sina i otoczona siecią od dołu i z boków. Opłucna pokryta mocno przylegającym brudno-zielonym nalotem. Narządy, wpuklone do klatki piersiowej w obrębie otworu, unieruchomione przez świeże zrosty. W przeponie — poza otworem zmian nie stwierdzono. Na błonie śluzowej jelita krętego znaleziono rozsiane nieprawidłowe i nietypowe blizenki. Gruczoły krezkowe były powiększone i spoiste, na przekroju błyszczące i gładkie. Badanie mikroskopowe różnych części przepony, jelita, gruczołów wykryło tylko objawy zapalne w postaci nacieczenia. Jak wskazały ściślejsze wywiady, zebrane od krewnych:

1) zmarły był piekarzem i często dźwigał ciężkie worki z mąką, 2) sześć lat temu miał dur brzuszny, 3) $^{1}/_{2}$ roku przed śmiercią miał jakoby silny atak bólów brzucha z wymiotami, 4) ostatnia sprawa chorobowa rozpoczęła się bezpośrednio po dźwignięciu ciężaru.

Przytoczone dane wywiadu wraz z wynikiem badań pośmiertnych pozwalają przypuszczać, co następuje.

Przebyty dur spowodował umiejscowioną sprawę (mart-

wicę) w mięśniach przepony i doprowadził do powstania zrostów sieci ze zmienionym miejscem przepony. Naskutek ciśnienia wewnątrzbrzusznego powstała pierwotnie w tym miejscu niewielka przepuklina prawdziwa, której treść stanowiła tylko sieć. Później, nadmierne wysiłki i napięcie tłoczni brzusznej przy dźwiganiu ciężarów doprowadziły do pęknięcia worka przepuklinowego i wypadnięcia części sieci do jamy opłucnowej.

Prawdopodobne, że atak bólów brzucha z wymiotami, przebyty 1/2 roku przed śmiercią, odpowiadał momentowi pierwszego uwięźnięcia zawartości worka przepuklinowego. Objawy te znikły bez interwencji wraz z samoistnym ustąpieniem uwięźnięcia. Nieznaczny wymiar otworu w przeponie sprzyjał uwięźnięciu zawartości przepukliny.

Ostatnio, w związku może z większym wysiłkiem, nastąpiło uwięźnięcie powtórne nie tylko większej, niż za pierwszym razem, części sieci, lecz i dość znacznego odcinka poprzecznicy, co też właśnie doprowadziło do zejścia śmiertelnego.

W danym przypadku więc byłaby to przepuklina przeponowa nabyta, powstała na skutek łącznego działania czynników patologicznych i mechanicznych.

Na zakończenie wspomnieć należy, że Przewoski przytacza zaledwie 10 przypadków klinicznego rozpoznania przepukliny przeponowej. Z 276 przypadków Markiewicza rozpoznano je zaledwie w 7, przyczym decydujące było badanie promieniami Roentgena. Z tych 7-miu 2 przypadki — dzięki wczesnemu rozpoznaniu—były operowane z dobrym skutkiem.

W „Journal de Chirurgie" (1923) podano 4 przypadki, operowane również z wynikiem pomyślnym.

PIŚMIENNICTWO.

1. Przewoski. 4 przypadki przepukliny przepon. Gaz. Lek. 1888. 2. Markiewicz. O gryżach diafragmy Russk. Wr. 1913 № 51. 3. Turkiewiczówna. Przycz. do anat.-patolog. przepukl. przepon. Gaz. Lek. 1922 № 54. 4. Tichow. Czastnaja chirurgija. 1916, T. 2, str. 223. 5. Skubiszewski. Przycz. do anat.-patolog. przepukl. przepon. 1921. 6. Grossmanówna. Przycz. do sprawy przepukl. przepon. nabytych. Now. Lek. 1923,

str. 74. 7. Journ. de Chirurgie. Fevr. 1923. T. XXI. № 2, Mai 1923 T. XXI № 5, Nov. 1923 T. XXII № 5. 8. A. Dietrich. Die Schussver letzungen der Bauch und Beckenhöhle 1921.

Z ODDZ. DLA NERW. CHORYCH DR. MED. E. FLATAUA.

O krwotokach w siatkówce oraz zaburzeniach psychicznych w przebiegu t. zw. Leptomeningitis haemorrhagica.

Podał

J. Mackiewicz.

S. K., l. 44., przybył 8-IV 1924 r. Przed trzema tygodniami nagle dostał bardzo silnego bólu głowy oraz uczucia „ściągania“ w karku; trwało to z 15 minut, poczym stracił przytomność, kilkakrotnie zwymiotował i zanieczyścił się. Po 10-u minutach odzyskał przytomność, lecz po upływie pół godziny dostał powtórnie silnego napadu bólów głowy, znów stracił przytomność i wystąpiły drgawki k. k. pr. Trwało to około 2-ch godzin, poczym drgawki ustąpiły, a przytomność częściowo wróciła. Niebawem chory zaczął się nawet poprawiać, poznawać otoczenie, jeść; był już jednak psychicznie zmieniony, niespokojny i nadal narzekał na bóle głowy. Po 2-ch tygodniach (od pierwszego napadu) znów stracił jednak nagle przytomność, i wystąpiły wymioty. Od tego czasu już się stan chorego prawie nie zmieniał.

Oddawna miewał napady migreny, bez wymiotów oraz napady duszności. Przed miesiącem zjawiały się już zawroty głowy. Chorób zakaźnych nie przechodził. Żonaty od 20-u lat; bezdzietny. Siostra cierpi na bóle napadowe głowy.

St. ob. Średniego wzrostu, miernego odżywienia. Czaszka prawidłowa, nieco bolesna przy opukiwaniu. Tętno 100. prawidłowe. Śledziona i wątroba normalne. W płucach objawy rozedmy. Mocz bez białka, cukru i elementów nerkowych. Wybitna sztywność karku. Źrenice wąskie, odczyn na światło +. Dno oczu normalne. W mięśniach języka drobne drżenie, pozatym nn. czaszkowe czynne prawidłowe.

K. k. g. i k. k. d. pod względem wymiaru, siły ruchów, czucia i odruchów ścięgnowych, skórnych i okostnowych— normalne.

Objaw Kerniga wybitny obustronnie. Chory zamroczony; wie, że jest w Warszawie, lecz nie wie, że w Szpitalu. Konfabuluje: le-

karza zna oddawna, jest jego krewnym, spotykał go w Pińsku. Żonę poznaje. Niektóre zlecenia spełnia.—Płyn mózgowo-rdzeniowy wybitnie krwawy (jednakowo we wszystkich porcjach), a po odwirowaniu — ksantochromiczny; odczyn Nonnego +; ciśnienie >>.

10. IV. 24. twierdzi, że jest w Bobrujsku u brata, że był dzisiaj na wizycie, modlił się w bóżnicy, odbierał długi, kupował towary i t. d.. Lekarza bierze za agenta towarów. Narzeka na silne bóle głowy.

11. IV. 24. O godz. 10$^1/_2$ zastrzyknięto choremu błękit metylenowy do mięśni; o godz. 11$^3/_4$ wypuszczono 2—4 ctm^3 płynu mózg-rdzeniow. o barwie czerwonawo-żółtej; po 10 min. wypuszczono 5—6 ctm.^{3}. o takiej samej barwie; po dalszych 10 minutach wypuszczono jeszcze trzy porcje płynu (2—3ctm.^{3}) i znów o barwie niezmienionej. Zabarwienia niebieskiego w żadnej porcji nie stwierdzono. Pleocytoza: 272 neutrofil. i 144 limf. w 1 mm^3., Nonne +; po odwirowaniu płynu barwa ksantochromiczna. Prawym okiem liczy palce z odległości 4 metrów; w lewym 5/6. Zarys tarczy prawego nerwu wzrokowego źle zaznaczony z powodu licznych krwotoków; na całym dnie liczne wybroczyny, od drobnych, punkcikowatych, do rozległych, wielkości 2 — 3 średnic tarczy; żyły tarczy i w siatkówce obrzmiałe; tętnic rozpoznać niepodobna. Oko lewe niezmienione.

13. IV. Tętno 90; sztywność karku wyraźna. Senność. Płyn mózg-rdzeniowy krwawo-żółty, ciśnienie nieduże; wypuszczono 3 ctm^3.
14. IV. Tętno ledwo wyczuwalne; stale śpi; zbudzony, odpowiada niechętnie. Odruchy normalne. Dno oka prawego, jak poprzednio.
19. IV. Tętno 78, kark sztywny. PR. słabe. Rowek podrzepkowy obustronnie. AR = O obustronnie. Chory w dalszym ciągu konfabuluje; senny, leży z przymkniętemi oczami, odpowiada po dłuższym namyśle, ziewa. Naogół jednak już nieco chętniej mówi spełnia zlecenia. W płynie mózgowo-rdzeniowym: Nonne Appelt +, pojedyńcze erytrocyty. Ciśnienie krwi w tętnicy promieniowej: mx. 120, mn. 95.

18.IV mniej senny, chętniej odpowiada, sam zaczyna mówić, powstaje z łóżka. Dno oka pr. mniej więcej takie, jak poprzednio: tarcza równomiernie czerwona; ani śladu obrzęku; zarysy dość ostre; od strony zewnętrzno-dolnej (w obrazie prostym) duży krwotok nazewnątrz tarczy, w postaci nieregularnego trójkąta; od strony zewnętrzno - górnej krwotok ciemno brunatny, przylegający tuż do jej brzegu. Lewa tarcza norm.

22.IV.24 spostrzeżono na lewej siatkówce, w pewnym oddaleniu od tarczy, (w obrazie odwrotnym, przy spoglądaniu w górę) na przebiegu naczyń jeden krwotok czworokątny koloru ciemnego burgunda; naczynie dochodzi do środka jednej ze ścianek tego czworokąta. Drobnych punkcików, krwotoczków nie widać. Tarcza zupełnie normalna. Natomiast po stronie prawej niepodobna już rozróżnić szczegółów dna oka, widać tylko brudnawo-czerwoną masę.

22.IV. Dno oczu bez zmian. Sztywność karku i objaw Kerniga znacznie słabiej zaznaczone. AR z obu stron osłabione. Chory zupełnie przytomny; chętnie odpowiada, stał się nawet gadatliwym, łatwo wciąż zmienia przedmiot rozmowy. W nocy podróżował po miastach; wczoraj rano pojechał do Ameryki, a dziś wrócił, robił zakupy. Lekarzy nie poznaje, chociaż wie, że są lekarzami. Gdzie jest, nie wie, domyśla się jednak, że jest w szpitalu. Rok jest—1888, lub 1898 rok, a miesiąc grudzień. „Choroba trwa 4 miesiące", znajduje się jakoby w Wilnie; „jest żołnierzem od 4 miesięcy". W jaki sposób został nim — nie umie wytłumaczyć. Po chwili dodaje, że dopiero wczoraj został z powrotem powołany do pułku, a teraz przyjechał do swego oddziału i znajduje się w Białymstoku. „Teraz jest luty"; a po chwili dodaje, że dziś lub jutro będzie Wielkanoc. Jakiż w takim razie jest obecnie miesiąc? — odpowiada, że luty.

$5 \times 12 = 60$; $6 \times 2 = 42$, przyczym dodaje kilkakrotnie, że nie jest warjatem, że syn gospodarza tego domu też był w Ameryce. „8 miesięcy temu pojechał na 2 dni do Ameryki", dziś jeździł tu dorożką po ulicach, i t. d. i t. d. Z łatwością zgadza się, że wielu z pośród chorych szpitalnych zna oddawna, a niektórych uważa za swoich krewnych. — Prawe oko — liczy palce z odległości $^1/_2$ metra, w lew oku $> 5/6$.

23.IV. Sztywność karku minimalna. Objaw Bernhardta-Shrijvera dodatni z obu stron, Kerniga i Brudzińskiego zaznaczone obustron. Tętno słabego napięcia — 90, prawidłowe.

2.V. W dalszym ciągu konfabuluje. „Onegdaj lekarz zawiózł go do matki (zmarłej przed 15 laty!)." W dzień senny. Dno oczu— bez zmian; prawym okiem rozróżnia ruchy dłoni z odległości $^1/_2$ metra, przeliczyć palców nie może.

12.V. Stan psychiczny bez zmiany.

20.V. Płyn m.-rd. zupełnie przezroczysty, już bez śladu ksantochromji, ciśnienie nie wzmożone. 10 limf. w 1 mm.^{3}; odczyn Nonnego +.

23.V. Krwawienie z palca trwa 2 — 3 min. po naciskaniu. Krzepliwość (w rurkach wdłg. metody Wrighta) do 13 min.; hemoglobiny 85%, białych ciałek krwi—8000 w 1 mm.^{3}, czerwonych— 4.800.000. Ind. = 0,9; płytek Bizzoz — 104,000. neutrof. 78%, limf. 8%, monoc. i przejśc. 6%, eozyn. 6%, tuczn. 2%.

Obj. Rumpel-Leede'a ujemny. Wass. w krwi i płynie m.-rdz. ujemny (14.V.24).

22.V. „Dopiero od wczoraj znajduje się w szpitalu"; podczas badania wzroku, śmieje się, widzi „figę". Zapewnia, że prawym okiem nie widzi już od lat 20. Wyraźna euforja.

T^0 przeważnie poniżej 37^0, niekiedy do $37,2^0$ (z 5 razy).

Tak więc chory zaniemógł nagle, a dawniej cierpiał tylko na migrenę i nieokreślone napady duszności (Asthma bronchiale?). W ciągu ostatnich kilku miesięcy (przed obec-

ną chorobą) miewał już jednak napady zawrotów głowy, a bezpośrednio przed obecnym cierpieniem nie wykonywał fizycznej pracy, połączonej ze znacznym wysiłkiem. Jako pierwotny objaw wystąpił gwałtowny ból głowy, przytomność zaś chory stracił dopiero po 15 minutach; (utrata przytomności była głęboka — zanieczyszczał się). Po upływie godziny już ją był odzyskał, lecz oto doznał po raz drugi silnego bólu głowy, powtórnie stracił przytomność i wtedy wystąpiły drgawki o typie Jacksona w prawej $^1/_2$ ciała. I gdy w ciągu następnych 2 tygodni zaczął się był poprawiać i oprzytomniał prawie zupełnie, po raz trzeci występują nagle bóle głowy z utratą przytomności. O ile po 1-ym napadzie oprzytomniał szybko, po 2-im stopniowo, to po 3-im rozwinął się długotrwały stan zamroczenia z wybitnemi objawami psychicznemi. Pomimo to badanie nie wykryło objawów ogniskowych, a więc i mało był prawdopodobny krwotok w samej tkance mózgowej. Drgawki o typie Jacksona, (po 2-im napadzie przejściowe) oraz brak po nich niedowładu jednostronnego kk. przemawia za tym, że przyczyna drgawek znajdowała się ponad korą mózgową i była też nie długotrwała, lecz przemijająca. Wybitnie zaznaczony zespół podrażnienia opon — sztywność karku, obj. Kerniga i Brudzińskiego, znikanie odruchów ze ścięgna Achil., wskazują, że cała sprawa stała się w oponach mózgowych. Należy więc tylko różniczkować między *Pachym. haemor. int.* a *Leptom. haemor.*, t. zn. między krwawym wylewem podtwardówkowym a wylewem do przestrzeni podpajęczynówkowej. Lecz początek 1-go cierpienia bywa zwykle mniej nagły; nieraz chorzy narzekają uprzednio na stałe i bardzo dokuczliwe bóle głowy (C i a r l a); podczas napadu ból głowy bywa mniej gwałtowny, objawy podrażnienia opon (sztywny kark i t. d.) nie są tak wybitnie zaznaczone lub nie występują (G o l d f l a m). Inne objawy również rozwijają się nie tak gwałtownie, jak w *Leptom. haemor.* Następnie, w *Pachym. haem. int.* rozwijają się częściej objawy ogniskowe (poraż. połowicze, zaburz. mowy i wzroku). Wahania w przebiegu są tu też prawidłem (C o u r m o n t i C a d e podkreślają właśnie wielopostaciowość i szybkie wahania, jako objawy różniczkowe dla *Pachym. h. int.*). Zresztą w psychice zmienionej chorych z powodu

wylewu podtwardówkowego przeważają zaburzenia ze strony inteligencji i sfery uczuciowej (G o l d f l a m).

Wynik okresowego badania płynu mózgowo-rdzeniowego, zrazu jednolicie krwawego, a ksantochromicznego po odwirowaniu, następnie po kilku dniach krwawo-żółtego, a poczym już wyłącznie żółtego, przemawia w naszym przypadku za krwawieniem do przestrzeni podpajęczynówkowej. W *Pach. haem. int.* płyn bywa natomiast przeważnie zupełnie bezbarwny i tylko niekiedy może być żółty (F l a t a u).

Następnie pragnęlibyśmy podkreślić niektóre objawy rzadkie w *Leptom. haemor.*, a niektóre nawet dotąd nie notowane. A więc przedewszystkiem wielokrotność wylewów krwawych. Zwykle mamy tu do czynienia z krwotokiem pojedyńczym, przyczym po nagłym i groźnym początku objawy kliniczne zazwyczaj stopniowo znikają. W przypadku naszym przeciwnie, po pierwszym napadzie były aż dwa nasilenia. Pierwsze po upływie 1 godziny, (utrata powtórna przytomności) i drgawki w prawej połowie ciała, a 2-ie — po 2 tygodniach w okresie zdrowienia. Jakość tych nasileń przerasta ramki tylko wahań dość częstych w tym cierpieniu (G o l d f l a m), a wskazuje na to, że prawdopodobnie były tu prawdziwe nawroty, zwł. w dalszym przebiegu, gdy ujawniła się już i pewna skłonność do krwotoków w innych narządach (a mian. w siatkówce).

Naogół nawroty w *Leptom. haem.* nie należą do rzadkości. (L u x i A d o l f — podają przypadek z 3 nawrotami; po 2, 3 i następnych 3 tygodniach). V i d a l podaje przypadek *Lept. haem.* z nawrotami po 16 dniach (badanie pośmiertne wykazało tu — pierwszy krwotok do przestrzeni podpajęczynówkowej, w okolicy prawego płata czołowego, drugi zaś — do komór bocznych). Z a m a g a l opisał przypadek *Lept. haem.*, w związku z ćwiczeniami gimnastycznemi; po upływie ½ roku, w analogicznych okolicznościach, wystąpił 2-gi napad krwawego wylewu do opon miękkich. W r. 1912 B a b i ń s k i i J u m e n t i é przedstawili w Par. T. Neur. przypadek Lept. haem. z nawrotami; kontraktury, bóle głowy, zamroczenie—odpowiadały za każdym razem świeżym krwotokom, co stwierozono przez nakłucia lędźwiowe. G o l d f l a m podaje 2 przyp. z nawrotami. Ostatnio takie przypadki z nawrotami pokazywał w Warsz.

T. Neurolog. Bychowskii i w Szpitalu *Żydowskim* Nudelman. W piśmiennictwie udało mi się zebrać wszystkiego 8 przypadków *Leptom. haem.* z nawrotami.

Takie objawawy na dnie oczu, jak obserwowane u naszego chorego (krwotoki w siatkówce), nie były podawane dotąd w piśmiennictwie.—9.IV.24. dno oczu było jeszcze zupełnie normalne, 10.IV zaś były już krwotoki zupełnie świeże, rozmaitej wielkości, w tarczy zaś samej nie było zmian ani zastoinowych, ani zapalnych. Że był to krwotok zupełnie świeży, można wnioskować również i z tego, że 1) po upływie kilku dni krew przesączyła się do ciała szklistego, nadała mu barwę brudnawo-czerwoną tak, że zupełnie zasłoniła je przy wziernikowaniu dna oka i 2) wystąpił świeży krwotok na lewej siatkówce. O ile krwotoki na prawej siatkówce przylegały do tarczy, i jeden z nich nawet przykrywał częściowo obwód tarczy, to krwotok dość duży na lewej siatkówce znajdował się na znacznej odległości od tarczy, powstał więc z obwodowego naczynia siatkówki. Dtatego też krwotoków, powstałych w rozmaitych odstępach czasu na obu siatkówkach, nie mogły bynajmniej spowodować ani sprawa zastoinowa, ani też zator głównej żyły siatkówki. O ile jednak spostrzeżenie nasze, zdaje się, jest pierwszym przypadkiem *Lept. haem.*, w którym zdołano stwierdzić krwotoki w siatkówce, to krwotoki w siatkówce w przebiegu krwawych wylewów w mózgu lub do opony twardej nie należą bynajmniej do rzadkich. Uhthoff spostrzegał je w 4% przyp. materjału klinicznego i w 2,8%—materjału sekcyjnego, z wyłączeniem z tej statystyki przypadków z objawami zastoinowemi, białkomoczem, cukromoczem i t. p. Spostrzeżenia Uhthoffa potwierdził szereg badaczów. Aztiglas przypuszcza nawet, że samoistnyeh krwotoków w siatkówce, bez jednoczesnych w mózgu, wogóle się nie spostrzega. Jeszcze częściej, niż przy krwotokach w mózgu, spostrzega się krwawe wylewy w siatkówce w krwotokach podtwardówkowych. Uhthoff przytacza cały szereg takich przypadków. Najczęściej jednak spostrzegano je u małych dzieci (wodogłowie zewnętrzne — Göppert i Finkelstein).

W Lept. haem. mogą wyjątkowo powstać też jednocześnie krwotoki i w innych narządach — świadczy o tym przypadek Nobécourt'a (1917 r., krwawy wylew samoistny do przestrzeni

podpajęczynówkowej, do płuc i w śledzionie przy znacznym przekrwieniu nerek, bez zmian zapalnych w narządach). Przyczynę całego szeregu krwawych wylewów do opon mózgowych i w siatkówce u naszego chorego trudno jednak niewątpliwie ustalić, a jeśli przejrzymy odnośne piśmiennictwo, to przekonamy się, że udawało się to dotąd tylko w niewielkiej liczbie przypadków *Lept. haem.* Orticoni, Leon Bernard, Jumentié opisują Lept. haem. na tle kiły. Gosta Paupei inni—w przebiegu gruźliczego zapalenia opon mózgowych, Sauleyre— w gorączce maltyjskiej ,Joseph de Fontbonne po zatruciu tlenkiem węgla, Moutard-Martin i Weil—w ostrym gośćcu (ze śmiertelnym nawrotem), Chauffard—w cholemji, Guillain—po kontuzji powietrznej i t. p. Rzecz ciekawa, że te jednostki chorobowe, których cechą jest skaza krwotoczna, jakoto skorbut, niedokrwistość złośliwa, białaczka, plamica krwotoczna i t. d. nie odgrywają jakby prawie żadnej roli w etjologji *Leptom. haem.* Handelsman i Rotstadt w przypadku swoim mówią o usposobieniu krwotocznym. Flatau stwierdził w 1-ym przypadku krwawienie z innych narządów, są to jednak spostrzeżenia pojedyńcze, przyczym Flatau nie potwierdza na zasadzie swoich spastrzeżeń przypuszczenia innych autorów, że krwotok następuje przeważnie podczas pracy fizycznej, ze znacznym wysiłkiem.

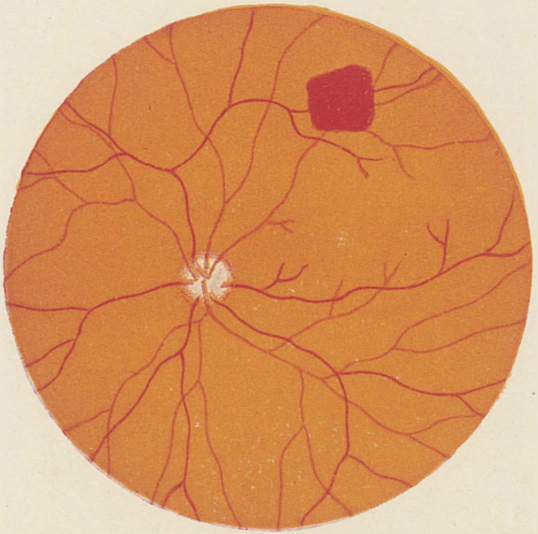
Goldflam zwraca uwagę, że Lept. haem. przeważnie występuje na jesieni lub na początku zimy, t. zn. w tej porze roku, która ma również sprzyjać krwotokom mózgowym. (Nb. Monakow twierdzi, że krwotoki w mózgu latem spostrzega się częściej). Goldflam podkreśla też, że w 5-iu z 13 własnych jego obserwacji była migrena, przypuszcza więc pewien związek między temi cierpieniami (zmiany elastyczności ścianek naczyniowych wskutek częstych zmian skurczowo - rozkurczowych, stanowiących tło napadów migreny). W naszym przypadku mamy istotnie do czynienia z migreną, a prócz tego chory miewał napady dychawicy. (Flatau w swej monografji o migrenie zwraca uwagę na częsta kombinację jej z astmą). Czy sama migrena może jednak wytworzyć skłonność do krwotoków, czy też wchodzą tutaj w grę i inne czynniki, dotąd nie wyjaśniono. W przypadku naszym zasługuje na uwagę jeszcze inny szczegół, a mianowicie, że chory już o kilka miesięcy przed

krwotokiem oponowym miał napady zawrotów głowy. Te zaś, podług Flataua, u cierpiących na migrenę, należą do objawów częstych, mogą występować bądź podczas samego napadu, bądź też tylko jako jego równoważniki. Chory nasz jednak wyraźnie zaznacza, że uprzednio nie miewał zawrotów głowy i że zjawiły się one właśnie o kilka miesięcy przed obecną chorobą. Zawroty tę mogły więc odgrywać rolę zwiastunów organicznego cierpienia mózgu.

Wreszcie pragnęlibyśmy jeszcze zwrócić uwagę na objawy psychiczne, które się rozwinęły w przypadku naszym po ostatnim napadzie, a więc po 2 tygodniach, licząc od 1-go napadu, a po ustąpieniu ostrych objawów oponowych — stanowiły one zespół, dominujący b. długo w całym obrazie klinicznym. Pierwszą wzmiankę o zaburzeniach psychicznych w Lept. haem. znajdujemy u Lumière'a i Gougerot'a (1908 r. „bardzo długotrwałe zaburzenia psychiczne“, lecz bez szczegółów). Chauffart i Vincent w 1912 r. opisali 3 przypadki, przyczym w 2 zaburzenia intelektualne były „ogólne, wybitne“ i z trudnością poddawały się jakoby ścisłej analizie; w 3 przypadku był zespół apraksji ideat. Autorowie ci jednak, omawiając objawy psychiczne u swych chor. z Lept. haem., nie zastanawiali się głębiej nad ich istotą. Dopiero Flatau (1918 r.) po raz pierwszy poświęca tym objawom psychicznym specjalny rozdział i szczegółowo rysuje obraz psychicznych powikłań tego cierpienia. Tak więc dość często powstaje tu obraz, najbardziej przypominający t. zw. zespół Korsakowa, przyczym chorzy dają odpowiedzi, zupełnie nie odpowiadające prawdzie, zapominają, co przed chwilą rzekli, nie poznają lekarza i t. d. Dalej Flatau podkreśla wyraźną skłonność do konfabulacji. Chorzy wciąż zmieniają przedmiot rozmowy, przeplatają ją dowcipem powierzchownym lub bezmyślną grą słów. Niepodobna utrzymać ich uwagi przez czas dłuższy na jednym przedmiocie. Nastrój jest też zmienny, podniecenie przechodzi niekiedy w stan bierności lub zgoła w senność (Flatau). Do złudzenia podobny przebieg stanu psychicznego spostrzegaliśmy właśnie też i u naszego chorego.

Również i Goldflam spostrzegał niemal we wszystkich swoich przypadkach, na wysokości cierpienia, zaburzenia psychiczne o typie zespołu Korsakowa, przyczym niekiedy za-

J. Mackiewicz. **O krwotokach w siatkówce oraz zaburzeniach psychicznych w przebiegu t. zw. Leptomeningitis haemorrhagica.**



Dno oka lewego w obrazie prostym (22. IV. 24).



Dno oka prawego w obrazie prostym (11. IV. 24).

burzenia te występowały wyraźnie już w kilka dni od początku choroby. Psychoza tu trwać może i miesiące, gdy już objawy oponowe dawno znikły. Stopniowo jednak zaburzenia psychiczne ustępują (Flatau, Goldflam). To też Goldflam przypusza, że zmiany anatomiczne w zespole Korsakowa, towarzyszące *Lept. haemor.*, są widocznie natury przejściowej, a zaburzenia w korze mózgowej, wskutek wylewu krwi do opon wywołane, mogą stopniowo ulec wyrównaniu.

PIŚMIENNICTWO.

1. Flatau. Gazeta Lekarska 1918. 2. Goldflam. Deutsch. Ztsch. f. Nerven. 1923. 3. Chauffart et Vincent. R. Neur. 1912. 4. Sergent et Grenet. R. Neur. 1908. 5. Babiński et Jumentié R. Neur. 1912. 6. Orticini. Rev. Neur. 1916. 7. Nobécourt. R. Neur. 1917. 8. Lumiere et Gougerot. R. Neur. 1908. 9. M. Saumé. R. Neur. 1903. 10. F. Vidal. R. Neur. 1903. 11. Uhthoff. Handb. d. ges. Angenheilkunde. Graefe - Saemisch Lief 116—118. 12. Flatau. Die Migräne. Berlin 1912. 13. Grober. Handb. d. Aerzt. Erfahr. im Weltkriege 1914—18. B. III.

Z ODDZ. CHORÓB SKÓRNYCH I WENERYCZNYCH
(ORD. WCŁ. STERLING).

O odczynie skóry na jod w chorobie Dühringa.

Podał
Paweł Berlis.

W ostatnich czasach, w miarę pogłębiania wiedzy o złożonych własnościach biologicznych ustroju ludzkiego, rola czynnika biologicznego w etjologji i patogenezie rozmaitych cierpień staje się z natury rzeczy momentem najbardziej podkreślanym.

Dotyczy to również chorób skórnych, gdyż tu najwyraźniej odźwierciadlają się takie zjawiska, jak allergja ustroju, nadwrażliwość, uczulenie i t. d. Coraz częściej spotykamy się też w piśmiennictwie dermatologicznym z opisami tych zjawisk.

Ostatnio podawano przypadki uczulenia nieswoistego, któ-

rego stwierdzenie może mieć doniosłe znaczenie dla orzeczenia o etjologji różnych cierpień skórnych [1]). Między innemi Jadassohn wykazał nadwrażliwość na jod u pacjentów z opryszczkowatym zapaleniem skóry *(Dermatitis herpetiformis — Morbus Dühringi)*; substancją uczulającą jest tu, według J., nieznany bliżej czynnik, powodujący tę chorobę. Aby sprawdzić właśnie zjawisko to, wykonaliśmy odnośne badania u chorej jednej, której historja w streszczeniu jest następująca:

C. J., lat 73, w r. ub. leczyła się w Szpitalu z powodu opryszczkowatego zapalenia skóry; wypisano ją z poprawą. 29.V. b. r. zgłosiła sie znów do Szpitala, z powodu znacznego swędzenia z uczuciem napięcia skóry, brakiem łaknienia i osłabieniem ogólnym. St. ob. Poniżej pępka — płaskie, twarde, elastyczne wzniesienia o barwie czerwonej oraz kilka drobnych obnażonych ognisk; na powierzchni podżebrowej po stronie prawej okrągłe blaszki rumieniowe, w części krzyżowej—owalne blaszki rumieniowe. Od dnia przybycia podawano chorej jod (Sol. Kal. jod. 8,0—200,0; 3 Ł. dz.).

Po 2 dniach prawie na całej skórze wystąpiła wyraźna b. obfita osutka, którą tworzyły pęcherze rozmaitej wielkości, najliczniej na kończynach górnych i dolnych, następnie plecach i przedniej powierzchni tułowia. Wolne były uwłosiona skóra głowy, powierzchnie dłoni i stóp. Pęcherze znajdowały się na blaszkach rumieniowych albo na skórze napozór zdrowej, miały kształt owalny, okrągły lnb też nieprawidłowy, były mocno napięte, twarde, niektóre elastyczne albo też wiotkie o powierzchni zmarszczonej. Ciecz z pęcherzy, o odczynie obojętnym, ciężarze właściwym 1022, składała się ze zwyrodniałych komórek naskórka, leukocytów i masy bezpostaciowej. Pozatym wystąpił szereg blaszek rumieniowych mniejszych i większych, okrągłych lub owalnych. Gdzieniegdzie wystąpiły tak licznie, że miejscami łączyły się ze sobą, powodując lekkie obrzmienie. Pod wpływem jodu wystąpiły więc pęcherze, wykwity zaś robiły wrażenie jakby odczynu Herxheimera, t. zn. nabrały żywego, czerwonego zabarwienia. Miejscami na blaszkach — pęcherzyki drobne, różnej wielkości, półkuliste, twarde, zawierające płyn surowiczy, gdzieniegdzie żółtawy; pęcherzyki te tworzyły się albo na wykwitach rumieniowych albo na powierzchni otaczającej z obrąbkiem zapalnym. W niektórych miejscach pęcherzyki łączyły się w mniejszy lub większy pęcherz.

Tyle co do zmian skórnych.

Błony śluzowe jamy ustnej, nosa i gardła były wolne.

Stan ogólny chorej w okresie nasilenia sprawy był niezły,

---

[1]) Patrz P. Berlis. „Współczesne poglądy na patogenezę pryszczycy". Warsz. Czas. Lek. 1924 № 4.

T^0 37,5⁰, tętno norm. W moczu ślady białka. W krwi: limfoc. 28%, monoc. 2%, kwasochłon. 16%, obojętnochłon. 53%, zasadochłonnych 1%.

Po otrzymaniu tak silnego odczynu ogólnego na jod, podany per os, zastosowaliśmy w niezajętych osutką odcinkach skóry miejscowo 5% KJ — wazelinę; odczynu nie otrzymano.

W przypadku naszym ustrój dał więc wyraźny odczyn na stosowanie wewnętrzne jodu, nie reagował zaś na zewnętrzne. Odpowiada to wynikom, otrzymanym przez innych. Dla zrozumienia przyczyny różnicy tej Jadassohn przytacza 2 własne teorje:

1) gdy brak odczynu na zewnętrzne stosowanie jodu — ustrój nie posiada zdolności wydzielania jodu z połączenia z tłuszczem, wzgl. jod przy zewnętrznym stosowaniu nie przenika do warstwy, w której umiejscowiona jest nadwrażliwość (sieć Malpighi'ego, wzgl. brodawki); ta koncepcja upada jednak wobec ujemnego wyniku doskórnego stosowania jodu przez innych badaczy;

2) przy wewnętrznym stosowaniu jodu, działa on nie tylko sam przez się, lecz również działa w połączeniu, które wytworzyło się z niego w ustroju (t. zw. „gruppenreaktion"); temu połączeniu przypisuje Jadassohn najważniejszą rolę w powstawaniu nadwrażliwości. W niektórych przypadkach, gdy ustrój jest nadwrażliwy w równej mierze na jod i na to połączenie, reaguje on przy wewnętrznym i zewnętrznym stosowaniu jodu. Gdy zaś nadwrażliwość odnosi się wyłącznie do wyżej wymienionego połączenia jodu, ustrój reaguje wyłącznie na wewnętrzne stosowanie jodu.

Odczyn na jod u pacjentów z opryszczkowatym zapaleniem skóry mógłby rzucić nieco światła na ciemną jeszcze etjologję tego cierpienia, przedewszystkiem w kierunku ustalenia zależności jej od wewnętrznej sekrecji. Du Castel przytacza przypadki współistnienia opryszczkowatego zapalenia skóry z chorobą Basedowa. Nie są to jednak tylko okoliczności przypadkowe, przemawia za tym fakt, że oprócz trądu guzowatego i (w bardzo rzadkich przypadkach) grzybicy guzowatej, tylko chorzy na chorobę Basedowa są nadwrażliwi na jod. Balzer i Boyé opisują przypadek współistnienia opryszczkowatego zapalenia skóry z twardziną skóry, która powstaje według dzisiejszych poglądów, wskutek zaburzeń w czynności

gruczołu tarczowego. Przytoczone fakty mimowoli nasuwają przypuszczenie, czy też opryszczkowate zapalenie skóry nie powstaje na tle zaburzeń czynności tarczycy.

PIŚMIENNICTWO.

1. Jadassohn. Korresp. f. Schw. Aerz. 1912 S. 242. 2. Naegeli. Schweiz. Med. Woch. 1922 № 22. 3. Jadassohn. Toxikodermien. Deut. Klin. 1902 S. 125. 4) Neisser. A. Verh. d. 4 dtsch. Derm.-Kongr. 5. Jadassohn. Korresp. f. Schw. Aerz. 1916 S. 149. 6. Du Castel. Arch. f. Derm. u. Syphil. B. 115 S. 22. 7. Balzer et Boyé. Bull de la Soc. franç. de derm. et de Syphil. 4.II 1909.

Z ODDZAŁU WEWNĘTRZNEGO (ORD. G. LEWIN I) PŁUCNEGO (ORD. L. LUBLINER).

Opadanie krwinek czerwonych (odczyn Biernackiego) w chorobach płuc.

Podali

A. Bieleńki i L. Lejzerowicz.

Odczyn, ujawniający szybkość opadania czerwonych ciałek krwi—Sediment-Reaktion niemców, a u nas znany pod nazwą odczynu Biernackiego —ma swą historję w medycynie. Już bowiem w starożytności i średniowieczu usiłowano na podstawie szybkości tworzenia się skrzepu krwi i wyglądu jego rozpoznać charakter cierpienia, a poniekąd nawet oprzeć na tym spostrzeżeniu rokowanie. Bardziej naukowe oraz szczegółowe obserwacje nad szybkością opadania czerwonych krążków przeprowadził jednak dopiero Hünter w końcu XVIII-go wieku, w okresie rozkwitu patologji humoralnej. Lecz niebawem odczyn ten, jako pomocnicza reakcja w klinicznym badaniu, ulega zapomnieniu, gdy wraz z Virchowem, twórcą nowej epoki w patologji, — anatomja komórkowa i histologja patologiczna skupiły na sobie uwagę całego świata naukowego lekarskiego.

Dopiero po latach kilkudziesięciu, wraz z zainteresowa-

niem, które z kolei zbudziły badania serologiczne wydalin, wydzielin wewnętrznych i inn., odżyła nanowo potrzeba zajęcia się dalszym rozwojem zjawiska szybkości opadania czerwonych ciałek krwi, które istotnie w szeregu badań klinicznych, ułatwiających rozpoznanie i rokowanie, zdobyło wybitne znaczenie.

Biernacki (1897) pierwszy usiłował nadać reakcji tej należyty rozwój, jako metodzie badania klinicznego, aby z jej wyników móc wysnuć wnioski o rozpoznaniu i rokowaniu chorób. On to właśnie wraz z Luxenburgiem starali się wyzyskać reakcję tę dla rozróżniania sprawy zapalnej i czynnościowej. Fahräus (1916), a więc w 20 lat po Biernackim, a nieco później również i Hirschfeld (1917) wznowili z kolei do tego stopnia zainteresowanie tą reakcją, iż — rzec można — niema już dzisiaj dziedziny w patologji, w której nie starano by się wyzyskać tej reakcji dla celów klinicznych. Westergren, jeden z głównych badaczy tego odczynu, podkreśla w Münch. med. Wochenschrift (№ 21 z 1923 r.), że odczyn opadowy — Sediment-Reaktion (S-R)—odgrywa wybitną rolę, jako czuły wskaźnik rozpadu tkanki oraz wahań w przebiegu choroby, a czulszy, niż wahania ciepłoty.

Jak wiadomo, aby sprawdzić odczyn Biernackiego, stosuje się albo próbę, określającą długość czasu opadania czerwonych krwinek do określonych podziałek, oznaczanych na probówce specjalnej (Linzenmeier, Starlinger, Frisch), albo też postępuje się według innej metodyki, a mianowicie: określa się przeciwnie wysokość słupa, jaki wytworzą opadające czerwone ciałka krwi w pewnych określonych przerwach czasu: po $^1/_4$, $^1/_2$, 1, 2, 24 godzinach (Fahräus, Plaut, Westergren).

Ta ostatnia metoda postępowania ma jednak mało zwolenników ze względu na liczne, acz drobne, trudności techniczne, związane z jej wykonaniem (rurki łatwo ulegają zatykaniu, często wymagają czyszczenia, są drogie); dla wykonania reakcji potrzebna jest większa ilość krwi. Pozatym reakcja, tym sposobem wywołana, jest mniej czuła, gdyż szybkość opadania krwi w I-szej godzinie badania jest większą niż w następnej. (Horvat—Münch. med. Wochenschr. № 50 z r. 1922). Probówki zaś Linzenmeier'a używane przy I metodzie (6,5 cm. długości,

5 mm. szerokości) są tanie, łatwo je suszyć oraz czyścić. Te korzystne własności wpłynęły na szerokie ich zastosowanie. Jednak należy nawiasem podkreślić, iż posiłkowanie się 2 metodami badań utrudnia w dużym stopniu porównywanie wyników.

Przy wykonywaniu naszej pracy używaliśmy probówek Linzenmeier'a. Badania odbywały się naczczo lub po spożyciu przez chorego niewielkiej ilości pokarmu (trawienie większej ilości pokarmu wywołuje pewne zmiany w S-R).

Nie wchodząc w bliższe teoretyczne rozważanie czynników, które wpływają na większe lub mniejsze przyśpieszenie opadania czerwonych krwinek, gdyż to doprowadziło by nas zbyt daleko, zaznaczymy tylko, że ostatnio stwierdzono wpływ na szybkość opadania elementów osocza krwi: fibrinogenu, globuliny, albuminy (Biernacki, Fahräus, Linzenmeier, Starlinger i in.), oraz czerwonych krążków, aglutyniny, ładunku elektrycznego ich (Höber, Brokman-Hirschfeldowa). Natomiast ilość Hb i liczba czerwonych ciałek krwi nie ma żadnego wpływu na szybkość opadania (Richard i Benighof).

Technika postępowania dla ujawnienia tej reakcji jest, jak wiadomo, b. prosta. A mianowicie: odmierzamy w probówce (Linzenmeier) 0,2 cm.^{3} 5% cytrynianu sodu i dodajemy do kreski 1 (na probówce) — 0,8 cm.^{3} krwi z żyły badanego osobnika.

Po 2—3 krotnym zmieszaniu płynu, wstawiamy probówki do specjalnego statywa i notujemy czas trwania opadania krwinek do kresek, oznaczonych na probówce: 6,12 i 18. Aczkolwiek słuszne jest być może twierdzenie Morala, że każdy ma swój odrębny stopień szybkości S — R (opadania krwinek), stwierdzono jednak na podstawie badań licznych autorów średnią szybkość opadania dla zdrowych mężczyzn — 420 — 1200 minut, kobiet — 360 — 800 min. (Löhr, Linzenmeier).

Przyśpieszenie S — R występuje zazwyczaj w sprawach chorobowych zapalnych (wzgl. organicznych) w odróżnieniu od spraw nieorganicznych (czynnościowych). Jeżeli przyśpieszone S—R w zasadzie wyłącza schorzenie czynnościowe, to zwolnione albo normalne S—R nie wyłącza organicznego cierpienia.

Należy pamiętać, że ciąża, miesiączkowanie oraz lues

latens przyśpieszają S — R i dlatego stany te należy przed ostatecznym orzeczeniem przez różniczkowanie wyłączyć.

Duże zastosowanie, zda się, mieć może ten odczyn w ginekologji, gdzie przy jego pomocy starano się rozróżnić sprawę zapalną i nowotworową, a jeszcze większe w przebiegu gruźlicy, daje bowiem już w początkowych okresach przyśpieszone S—R. (Löhr).

Nasze badania wykonano u 200 chorych ze zmianami przeważnie w płucach, przyczym z gruźlicą w różnych okresach, z wysiękami opłucnej, ropniami płuc oraz ze zmianami, powstałemi w płucach na tle zaburzeń sercowych.

Wynik tych badań pozwalamy sobie przedstawić graficznie (patrz tablice), zachowując podział gruźlicy wg. Turbana (tab. 1. str. 153).

Dane, przedstawione na tabl. 1, pouczają, że na stu kilkudziesięciu gruźlików S—R nigdy nie dawała wyników, odpowiadających normie, jak u zdrowego człowieka (360'—420'). Nawet gruźlica nieczynna dawała liczby, nie przekraczające 180'. Średnia czasu opadania u chorych z gruźlicą nieczynną stanowiła 82½ minuty. Inni autorzy (Dreyfus-Hecht) podają nieco wyższe liczby (115').

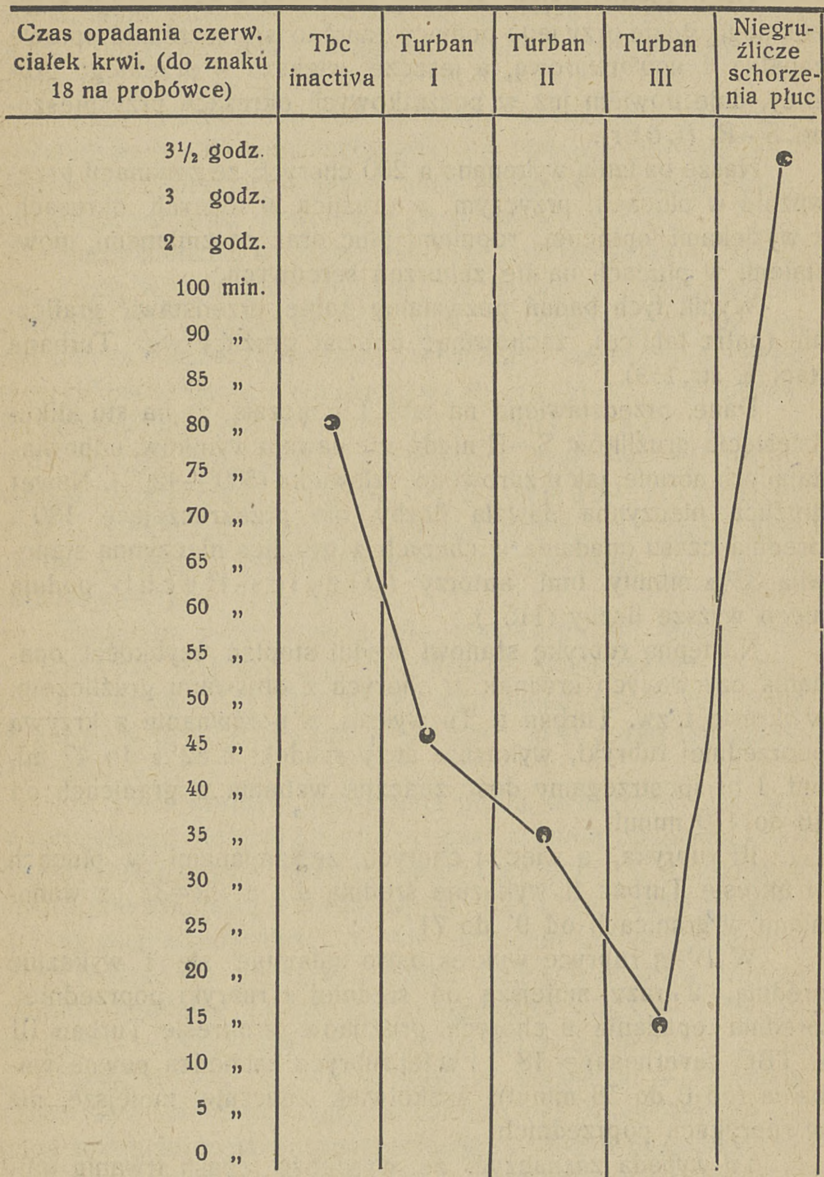
Następną rubrykę stanowi średni stopień szybkości opadania czerwonych krwinek u chorych z objawami gruźliczemi w okresie t. zw. Turban I. Tu wykres, w porównaniu z krzywą poprzedniej rubryki, wykazuje duży spadek: z 82½ do 47 minut. I tu spostrzegamy dość znaczne wahania w granicach od 18 do 170 minut.

III rubryka, a więc u chorych ze zmianami w płucach w okresie Turban II, wykazuje średnią dla S—R=37' z wahaniami w granicach od 9' do 71'.

W IV-ej rubryce wykres ostro załamuje się i wykazuje średnią, 2 razy mniejszą od średniej z rubryki poprzedniej. Średnia opadania u chorych gruźlików w okresie Turban III (i TBC cavernosa) = 18'. I w tej rubryce zachodzą pewne wahania (od 6 do 38 minut), aczkolwiek znacznie mniejsze, niż w rubrykach poprzednich.

Tu wypada zaznaczyć, że wysokość czasu trwaniu najszybszego stopnia opadania czerw. ciał. krwi w wykazach opublikowanego dotąd piśmiennictwa kwestji omawianej, nie prze-

Średnia opadania czerwonych ciałek krwi w zależności od rodzaju i okresu schorzenia.



Tablica I.

kraczała 8 minut. Nasze badania dały nam możność spostrzegania szybkości S — R, równającej się nawet 6 minutom.

Wreszcie w ostatniej rubryce zgrupowaliśmy niegruźlicze schorzenia płuc, jak zastój na tle zaburzeń sercowych, rozedma, przewlekły nieżyt oskrzel, i t. p. Tu wykres ostro podnosi się i wykazuje średnią czasu — 206′ z wahaniami w granicach od 30 minut do 19 godzin prawie.

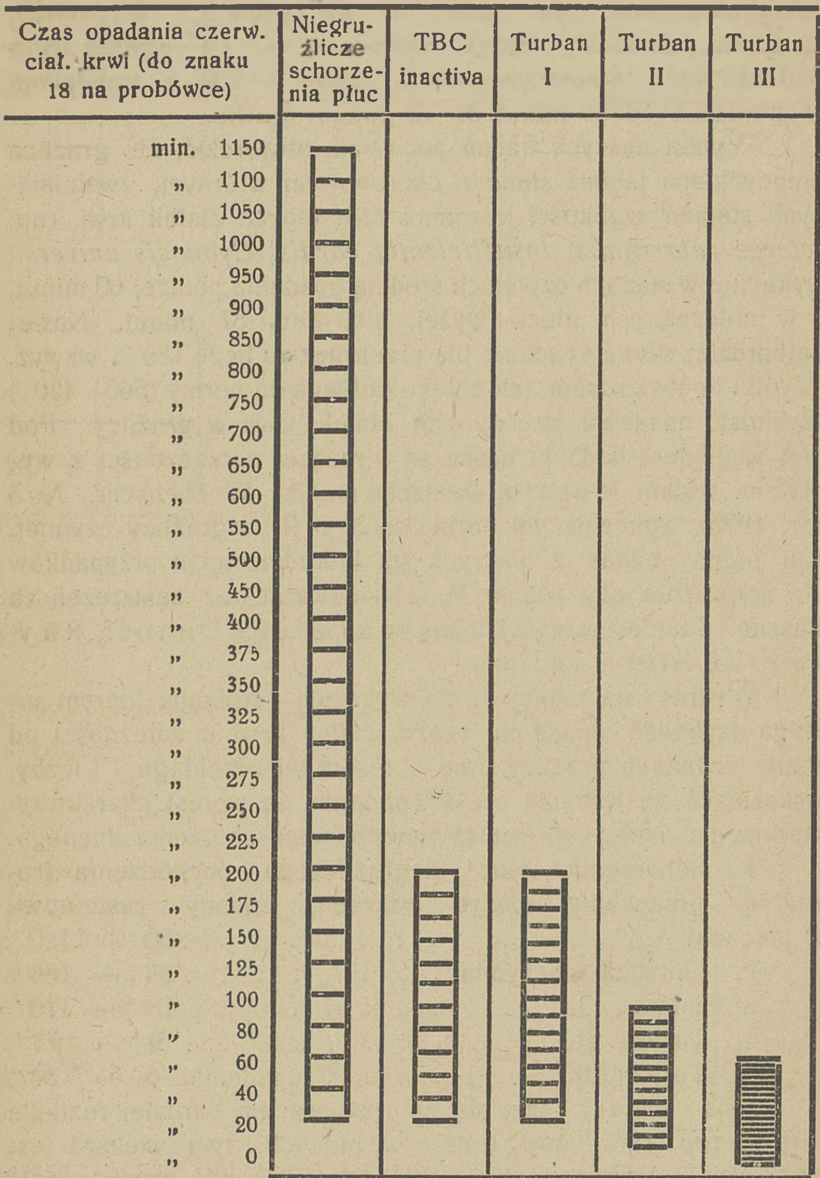
Wyniki naszych badań pozwalają stwierdzić, że gruźlica niepowikłana jakimś stanem chorobowym wtórnym, zwalniającym stopień szybkości opadania czerwonych ciałek krwi, (np: *Icterus catarrhalis*, *Insufficientia cordis*, *Cyanosis univers.*) wykazuje w stanach czynnych średnią opadania poniżej 60 minut, a w nieczynnych nieco wyżej, albowiem 87 minut. Nawet najbardziej wolne opadanie nie przekraczało liczb 180′ i wzwyż. Wyniki te stwierdzają, jak daleko odbiega od normy (360—420′) szybkość opadania czerwonych ciałek krwi w gruźlicy. Pod tym względem badania nasze są w rażącej sprzeczności z wynikiem badań Morala (Deutsche mediz. Wochenschr. № 3 z r. 1923), wykazującym normalne S — R i w gruźlicy czynnej. Ani jeden jednak z naszych stu kilkudziesięciu przypadków nie upoważnia, aby zdanie Morala uważać bez zastrzeżeń za słuszne. Zdanie nasze podzielają w zupełności Dehoff, Raykowski, Sterling i inni.

Wykresy na tablicy II-ej wykazują wahania, którym podlega szybkość opadania czerw. ciałek krwi w zależności od stanu czynnego gruźlicy oraz okresów jej przebiegu. Liczby, wskazujące na wahania czasu opadania, są wprost charakterystyczne dla danego okresu lub danej postaci schorzenia płucnego.

1. Schorzenia płuc niegruźliczego pochodzenia (rozedma, przewlekły nieżyt oskrzeli, zmiany zastoinowe w płucach). . . . . 30′ — 1120′
2. Gruźlica nieczynna . . . . 23′ — 180′
3. Turban I. . . . . 18′ — 170′
4. Turban II. . . . . 9′ — 71′
5. Turban III. . . . . 6′ — 38′

Stąd wniosek sam się już nasuwa: im bardziej rozległa jest sprawa chorobowa (t.bc.) w płucach, tym większa jest szybkość opadania, a tym mniejsze wahania czasu opadania w granicach danej jednostki chorobowej.

Wahania czasu opadania czerw. ciał. krwi (S-R) w granicach poszczególnych jednostek chorobowych.



Tablica II.

Stosunek okresu choroby (tbc) do zjawiska szybkości opadania czerwonych ciałek krwi.

Okres	Turban I				Turban II				Turban III			
Ciepłota	norma		podgorącz.		norma		podgorącz.		norma		podgorącz. i gorącz.	
Laseczniк Kocha	—	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	+
I. Normalna szybkość opadania (360′—420′)												
II. Wątpliwa szybkość opadania (180′—210′)	2		1									
Patologiczna szybkość opadania III. (90′—105′)	2		1	1	1		2	1				
Krytyczna szybkość opadania* IV. (poniżej 60′)	1		1	1	2	2	4	17		2	3	32

Tablica III.

Na tabl. tej chcieliśmy wykazać stosunek okresu choroby (tbc.) do zjawiska szybkości opadania cz. c. krwi. Łatwo tu spostrzec, że:

I. gruźlica w okresie Turban I—daje przyśpieszenie opadania poniżej godziny (krytyczną szybkość)—w 30% przypadk.
II. gruźlica w okresie Turban II —w 86,3% „
III. „ „ „ III —w 100% „

Wniosek stąd następujący: stopień szybkości opadania cz. c. krwi ulega przyśpieszeniu równolegle do wzrostu wymiaru ognisk, zajętych sprawą chorobową w płucach (tbc.).

Udało nam się również ujawnić, jaki jest stosunek otwartej gruźlicy do szybkości opadania czerwonych krwinek (patrz tabl. III). A mianowicie, gdy gruźlica zamknięta daje przyśpieszenie poniżej 60′ (krytyczną szybkość opadania)—w 55% przy-

---

*) W. Raykowski (Zeitschrift für Tuberkulose 1924. r.) nazywa szybkość opadania c. c. krwi poniżej 60′ — złą szybkością.

padków, gruźlica otwarta daje takąż miarę odczynu—w 96,5% przypadków.

Wziąwszy pod uwagę łącznie wyżej podane wyniki badań naszych nad zjawiskiem opadania czerwonych krwinek krwi w gruźlicy, możemy stwierdzić, że:

1) zmiany gruźlicze w płucach wywołują przyśpieszenie S — R;

2) szybkość opadania cz. c. krwi jest mniejsza w gruźlicy nieczynnej;

3) szybkość opadania cz. c. krwi w gruźlicy otwartej jest znacznie większa, niż w zamkniętej;

4) przyśpieszenie szybkości opadania cz. c. krwi jest równoległe do wielkości przestrzeni, zajętej sprawą chorobową (tbc.) — względnie więc tej przestrzeni, w której odbywa się w ustroju rozpad tkanek (białka). Potwierdzają to badania nasze nad szybkością opadania cz. c. krwi w chorobach, które cechuje wybitny rozpad tkanki (zgorzel, wrzód). Otóż w 7 przypadkach tego rodzaju stwierdziliśmy średni czas dla S — R = 15 minutom (8′, 8′, 10′, 16′, 17′, 23′, 23′). a więc mniej, niż w TBC. cavernosa;

5) bardzo niskie liczby są zwiastunem złego znaku;

6) odczyn Biernackiego (S—R.) jest cennym laboratoryjnym środkiem pomocniczym dla rozpoznania i rokowania.

Przechodząc z kolei do omawiania szybkości opadania cz. c. krwi w chorobach pluc niegruźliczego pochodzenia, zaznaczyć należy, że wynik tych badań jest tak znamienny, iż pozwala nam odrazu rozróżnić sprawę płucną gruźliczą a niegruźliczą. Średnia szybkość opadania stanowi tu $3^1/_2$ godziny. Aczkolwiek wahania szybkości czasu opadania są dość znaczne i najniższa liczba stanowi 30 minut (30′ — 1120′), znaczna większość badań wykazuje jednak opadanie dwu- i trzechgodzinną. Dotyczy to zwłaszcza stanów chorobowych, przebiebiegających ze zjawiskami rozedmy płuc, dychawicy oskrzelowej oraz objawami zastoinowemi sercowego pochodzenia.

W ten sposób szybkość opadania cz. c. krwi stać się również może pomocniczym środkiem przy różniczkowaniu między sprawą gruźliczą w płucach a zastoinową.

Jak już wskazywaliśmy, gruźlica nieczynna w porównaniu z czynną daje wolniejsze opadanie czerwonych krążków krwi.

Jednakże jedynie na zasadzie S-R. nie można orzec, z czym ma się do czynienia, z gruźlicą czynną czy też nieczynną, gdyż: 1) gruźlica czynna daje często zwolnioną szybkość opadania, a zaś 2) gruźlica nieczynna — z daleko posuniętemi zmianami w płucach — może dać niskie liczby S-R. Pod tym względem podzielamy zdanie Bochalli (Zeitschr. f. Tuberk.).

Warto jeszcze podkreślić znaczenie S-R. dla orzeczenia o rokowaniu.

Powtórne badania odczynu Biernackiego u poszczególnych chorych dały nam możność stwierdzić zwolnienie opadania czerw. krwinek przy poprawie ogólnego stanu chorego, przyśpieszenie zaś opadania przy pogorszeniu tego stanu.

Jako jaskrawy przykład tego mogą służyć następujące przypadki.

Chory nprz. ze zgorzelą płuc, z obfitą cuchnącą plwociną, wysoką ciepłotą, wykazywał S-R = 10'. Po zastosowaniu kuracji (wlewanie salwarsanu) ogólny stan chorego poprawił się, a szybkość S-R przedłużyła się do godziny i 23 min.

Inny chory — z rozpadową gruźlicą płuca lewego, a zajęciem szczytu prawego — przy trwaniu jednoczesnie zakażenia kiłowego (Wass. +++), w stanie gorączkowym (L. Kocha: 1—2 w polu widz.) — wykazywał przy badaniu krwi na opadanie czerwonych krążków S-R — 14'. U tego chorego, pomimo zastosowania odmy sztucznej oraz dożylnych wlewań salwarsanu, stan ogólny pogarszał się, a zmiany w płucach zwiększały, utworzył się też ropień opadowy. W tym tak ciężkim stanie dla ujawnienia zjawiska S-R wystarczyło tylko 6'.

Już i z 2-u tych przytoczonych przypadków widać, że zmiany w S-R służyć mogą często wskaźnikiem, czy następuje poprawa, czy też pogorszenie, na co również zwrócił uwagę Hilarowicz, obserwując przypadki z gruźlicą chirurgiczną.

Poza badaniami nad sprawami płucnemi, wykonaliśmy też kilkanaście doświadczeń nad szybkością opadania cz. c. krwi w chorobach, nie dających się ująć w pewną całość nozologiczną i luźno ze sobą związanych.

Tak więc szybkość opadania cz. c. krwi trwała w

1) Pneumonia crouposa. Pleuritis metapneumonica — 11'
2) Pneumonia crouposa . . . . — 23'
3) 4) Bronchopneumonia acuta . . . — 34' i 52'

5)	Anaemia gravis aplastica . . .	— 18'
6)	Anaemia perniciosa	— 32'
7)	Sarcoma pulmonis et pleurae . .	— 28'
8)	Polyserositis tbc (pleurae et peritonei) .	— 32'
9)	Lymphadenosis subleukaemica. . .	— 55'
10)	Nephrosclerosis secund. Ulcera cruris. .	— 95'
11)	C-a recti post operat. Cachexia . .	— 26'
12)	C-a mammae inoperabile. Anaemia .	—138'
13)	Ulcus duodeni	—153'
14)	Insuffic. et stenos. mitr. Haemoptysis (cardial)	—229'
15)	Neurasthenia. Neurosis gastrica . .	—620'

Z Oddziału Terapji Fizykalnej Dr. J. Rotstadta.

O wpływie bodźców termicznych na zjawisko opadania krwinek czerwonych (odczyn Biernackiego).

(Doniesienie tymczasowe)

Podał

D. Hirszbajn.

Kierownik oddziału powierzył mi przeprowadzenie badań nad powyższym zagadnieniem, jako ułamkiem pracy oddziału nad naukowemi podstawami termoterapji wogóle. Zadaniem pracy niniejszej w całości będzie wykazanie wpływu bodźców termicznych na sedymentację krwinek czerwonych, a więc

1) czy bodźce termiczne, jako takie, wpływają wogóle na szybkość opadania czerwonych krwinek,

2) czy wszystkie bodźce termiczne wpływają na to zjawisko w jednakowym kierunku i stopniu, a

3) jeżeli tak, to czy je przyśpieszają, czy też zwalniają.

Chodzi bowiem głównie o to, aby wyodrębnić istotę wpływu na szybkość opadania czerwonych ciałek krwi czynnika termicznego, wzgl. fizykalnego (wysokiej i niskiej ciepłoty różnych stopni), niezależnie od charakteru cierpienia w momencie badania, wzgl. u ludzi zdrowych, Praca niniejsza jest zaledwie wstępem do rozwiązania tego zagadnienia.

B i e r n a c k i był, jak wiadomo, twórcą metody badania krwinek czerwonych, opadających w mieszaninie krwi i szczawianu sodu; w 1897 r. opisał on szczogółowo technikę swych badań w Gazecie Lekarskiej. B i e r n a c k i nalewał do specjalnego cylinderka, zawierającego nieco szczawianu sodu, 1 ctm^3 krwi, otrzymanej przez nakłucie żyły chorego, a po zmieszaniu krwi z proszkiem, notował, ile zebrało się osocza po 1 godzinie i po 24 godzinach, aż wydzieliła się cała ilość osocza. J. L u x e n b u r g badał również w podobny sposób sedymentację krwinek czerwonych. Badania tego autora były przeprowadzone u chorych na nerwicę czynnościową, a zostały ogłoszone w Pamiętniku Warsz. Tow. Lekarsk. w 1898 r.

Po 20 latach L. H i r s z f e l d opisał zjawisko przyśpieszenia sedymentacji krwinek czerwonych w zimnicy.

W roku następnym F a h r a e u s ogłosił wyniki swych badań nad sedymentacją czerwonych krwinek w okresie ciąży (Fahraeus dodawał do krwi 3% rozczynu cytrynianu sodu). W ostatnich latach już wielu lekarzy zaczęło badać odczyn Biernackiego (jako środek uzupełniający, pomocniczy przy rozpoznawaniu i rokowaniu) w całym szeregu chorób, jak gruźlica, ostre choroby zakaźne, nowotwory złośliwe, choroby przydatków macicznych i wiele innych. Z autorów polskich ogłaszali prace w tym zakresie Sew. S t e r l i n g, H i l a r o w i c z, D a w i d o w i c z, B r o k m a n i H i r s z f e l d o w a, L a n d s b e r g. Strona teoretyczna zjawiska przyśpieszenia czy też zwolnienia szybkości opadania czerw. c. krwi nie została jeszcze dotychczas wyświetlona. B i e r n a c k i uważał, że zmiany sedymentacyjne są w ścisłym związku z zawartością fibrinogenu we krwi. L u x e n b u r g widzi jeden z powodów powolnego opadania krwinek czerw. w zwiększonej liczbie ciałek tych we krwi. Wielokrotnie spostrzegano, że gdy krwinki czerwone znajdują się w wolnej zawiesinie, to opadanie ich idzie wolno, natomiast gdy czerwone ciałka krwi szybko aglutynują, sedymentacja trwa b. krótko. R o t h e tłumaczy to tym, że zlepione ciałka czerwone mają mniejszą powierzchnię, przy opadaniu natrafiają na mniejszy opór, niż pojedyńcze krwinki czerwone, dlatego też sądzi, że przy jednakowych warunkach innych, aglutynacja odgrywa główną rolę w zjawisku sedymentacji cz. c. krwi.

W jednym z przypadków, spostrzeganych przeze mnie na oddz. gin. d-ra Altkaufera, sedymentacja trwała 5 minut u chorej z bakteryemją (wychodowano z krwi ziarenkowiec czworaczy *microc. tetragenus*). Krew tej chorej natychmiast po wypuszczeniu z żyły aglutynowała. G r u b e r uważa za powód aglutynacji lepkość powierzchni opadających krwinek czerw.. Ponieważ jednak lepkości tej nie można było dotąd ani doświadczalnie dobrze sprawdzić, ani stopnia jej zmierzyć, mimowoli więc tworzono nowe hypotezy. H ö b e r (1904 r.) doszedł do wniosku, że czerwone ciałka krwi są naładowane elektrycznością ujemną; Fahraeus potwierdził to zjawisko. Ciałka czerwone naładowane tym silniej się odpychają, im większy jest ich ładunek elektryczny. Przy opadaniu krwinek czerwonych następuje wyładowanie elektryczności i dzięki temu właśnie aglutynacja staje się możliwą. O ile ładunek elektryczności był duży, to potrzeba dłuższego czasu na jego wyładowanie, w związku z tym i opadanie czerw. c. krwi jest powolne. Co innego dzieje się w tych wypadkach, gdy ładunek jest mały, wtedy i wyładowanie elektryczności i opadanie odbywa się równie szybko. Następnie Fahraeus zauważył, że przemyte krwinki opadają b. powoli, wypowiedział więc wniosek, że ciała białkowe, znajdujące się na powierzchni krwinek czerwonych, również wywierają na sendymentacje ich wpływ. Przypuszczenie to zgadzało się też z badaniami Linzenmeiera. Z kolei w 1921 r. Fahraeus ogłosił cały szereg doświadczeń, które potwierdziły mniemanie o zależności szybkości sedymentacji krwinek czerwonych od chemizmu krwi. V e t t i n g e n, S t a r l i n g e r i inni doszli do tych samych wniosków. Szybkość opadania czerw. krwinek zaczęto więc uzależniać od zawartości w osoczu globuliny i albuminy: globulina przyśpiesza, a albumina zwalnia sedymentację. Badania L a n d s b e r g a wykazały, że opadanie krwinek czerw. podczas „crise" pokarmowej jest zwykle przyśpieszone, co uzależnia od zawartości w osoczu większej ilości białek (englobiny i globuliny), Teorja o znaczeniu dla opadania czerw. c. krwi aglutynacji oraz teorja ładunku elektrycznego są jednak ściśle ze sobą związane, a co się tyczy globuliny i albuminy, to ich zawartość we krwi nie zawsze jest rownoległa do ładunku elektrycznego krwinek. B r o k m a n i H i r s z f e l d o w a wreszcie uwe-

żają, że ciałka czerwone posiadają różną szybkość opadania niezależnie od osocza.—Sposobów badania sedymentacji krwinek czerwonych jest, jak wiadomo, kilka lecz właściwie można tu wyodrębnić dwie ich grupy. Jedna Westergrena, gdy odczytuje się wysokość słupka osocza, oddzielającego się w odpowiedniej rurce szklanej w ciągu stałej jednostki miary czasu, a druga Linzenmeiera, gdy oblicza się miarę czasu trwania zjawiska opadania krwinek czerw. do pewnego stałego, umówionego punktu na probówce doświadczalnej. W ostatnich latach podano cały szereg mniejszych lub większych modyfikacji obu metod. Sew. Sterling stosował u siebie na oddziale w Łodzi sposób Starlingera i Frischa, który różni się od metodyki Linzenmeiera tym, że na probówce, w odległości 6 mm. i 12 mm. od górnej kreski, znajdują się 2 dodatkowe, które pozwalają mierzyć czas, upływający do momentu zbliżenia się warstw opadających krwinek kolejno do, każdej z podziałek.

Ze względów technicznych wybraliśmy metodykę postępowania Linzenmeiera, aczkolwiek bardziej uciążliwą, ponieważ nigdy przewidzieć nie można, ile czasu trzeba będzie danemu badaniu poświęcić. W jednym z naszych przypadków wymagało ono spostrzegania zjawiska opadania czerw. krwinek aż w ciągu 10 godzin z rzędu.

Postępując więc według Linzenmeiera, do strzykawki 1-ej, uprzednio przepłukanej rozczynem cytrynianu sodu, nabieraliśmy 0,2 cm^3 rozczynu 5% cytrynianu sodu i przez igłę, wkłutą do żyły w okolicy zgięcia łokciowego, wciągaliśmy do strzykawki 0,8 $cm.^3$ krwi (pęcherzyki powietrza nie powinny się do strzykawki dostawać). Krew mieszaliśmy w strzykawce z cytrynianem sodu przez kilkakrotne nachylanie i tak spreparowaną wlewaliśmy do starannie osuszonej probówki, wysokości 6,5 cm. o średnicy 5 mm., aż do poziomu górnej podziałki. Przekonaliśmy się, że staranne osuszenie probówki jest czynnikiem b. ważnym i wszelkie uchybienia dają tu w wynikach duże różnice. Pojemność probówki do tej kreski odpowiada 1 $cm.^3$. Probówkę, zatkaną palcem, kilkakrotnie odwracaliśmy otworem ku dołowi w celu dokładnego zmieszania, a następnie umieszczaliśmy ją pionowo w odpowiedniej statywie i zapisywaliśmy czas rozpoczęcia próby. Przerwa, ja-

ka upływała od chwili rozpoczęcia própy do momentu, gdy dolna granica zbierającego się osocza doszła na probówce do kreski dolnej, oddalonej o 18 mm. od górnej, dawał wynik badania. Abderhalden, Bönninger, Brinkman, Fahräus i inni wymieniają różne czynniki zewnętrzne, które wpływać mogą na szybkość opadania krwinek czerwonych. Dla przykładu wymienimy ich kilka: niezupełnie pionowe ustawienie probówki, wyższa lub niższa ciepłota pomieszczenia, w którym badania są robione, potrząsanie i. inn. O ile chodzi o porównawcze badania, b. dokladne, to muszą być brane w rachubę badanla tego samego autora, robione stale jedną i tą samą metodą, jedną i tą samą strzykawką i w takich samych probówkach.

Materjał kliniczny, będący podstawą tych wstępnych badań naszych, podzieliliśmy na dwie grupy, a mianowicie: 1) chorych ze sprawą stawową gośccową przewlekłą i 2) chorych ze sprawą stawową podostrą. Pozatym w każdej z tych grup wymieniamy oddzielnie mężczyzn i kobiety. Badania przeprowadziliśmy na materjale przygodnym, nie wybieranym, wyłączając jedynie przypadki ostre. W pracy tej podajemy w zarysie wyniki 80 badań, kilkakrotnie u tych samych chorych sprawdzane. Przed każdym zabiegiem termicznym osobnikom doświadczalnym mierzono ciepłotę ciała i tętno, a pozatym przed samym zabiegiem i po zabiegu ważono ich, u mężczyzn badano prócz tego ciężar gatunkowy moczu, a gdy starczyło czasu, to u poszczególnych chorych i ciśnienie krwi. Z zabiegów termicznych fizykalnych, które stosowaliśmy na oddz. dr. Rotstadta, uwzględniamy w podanych tu wstępnych danych tylko elektryczną kąpiel świetlną ogólną, w której badany siedzi, jak wiadomo, cały aż do głowy.

Ciepłotę powyższego zabiegu ogrzewającego doprowadzano stale mniej więcej do 65° C; mężczyzni przebywali w kąpieli takiej elektrycznej około 20 minut, kobiety — 10 m.

Tablica I (patrz niżej) wykazuje w szkicu wahania ciepłoty ciała, tętna, wagi, ciężaru gatunkowego moczu oraz ciśnienia krwi u jednego z osobników pod wpływem wyżej wymienionego zabiegu o ciepłocie 62° C. przy trwaniu 26 min.

W wyniku naszych badań doszliśmy do wniosku, że w grupie pierwszej — spraw gośccowych przewlekłych — pod wpływem

podniesienia ciepłoty ciała, w warunkach wyżej zaznaczonych, sedymentacja krwinek czerwonych stawała się wolniejsza natomiast w przypadkach podostrych lub w okresie nasilenia sendymentacja krwinek czerwonych ulegała przyśpieszeniu.

Tablica II i III dają dokładny obraz tych wyników.

Tablica I.

	Ciepłota ciała	Tętno	Waga	Ciężar gatunkowy moczu	Ciśnienie krwi
Przed zabiegiem	36,6	80	47,4	1,020	120
P o zabiegu	38,2	114	47,1	1,024	105

Tabl. II. (Sprawy gośccowe przewlekłe).

Rozpoznanie	Wiek i płeć	Czas opad. przed zabiegiem	Czas trwania i ciepłota zab. elektr.	Czas opadania po zabiegu	Różnica
Wielostaw.	41 l. m.	35′	58⁰ C. 20 m.	37'	+ 2 m.
gościec	21 l. m.	39'	62⁰ C. 26 m.	43½'	+ 4½ m.
„ „	51 l. m.	51'	64⁰ C. 10 m.	54'	+ 3 m.
„ „	31 l. k.	88'	59⁰ C. 21 m.	103'	+ 15 m.
Gościec jednostaw.	28 l. k.	189'	63⁰ C. 12 m.	205'	+ 16 m.

Wyniki te były, jak już powiedziano, kilkakrotnie sprawdzane i uzupełniane i zawsze dawały ten sam rezultat.

W sposób powyższy zjawisko sedymentacji ulegało wahaniu nietylko u różnych chorych, ale i u tych samych chorych; w miarę polepszania się stanu ogólnego trwanie czasu opadania czerwonych ciałek krwi się przedłużało, a ten sam zabieg, który przedtym wywoływał przyśpieszenie, następnie, przeciwnie, zwalniał sedymentacją krwinek czerwonych.

Tablica III (Sprawy goścсowe podostre)

Rozpoznanie	Wiek i płeć	Czas opad. przed zabiegiem	Czas trwania i ciepłota zabiegu	Czas opadania po zabiegu	Różnica
Gościec wielostaw.	19 l. k.	33'	62° C. 10 m.	29'	— 4'
„	32 ł. k.	21'	65° C. 5 m.	19'	— 2'
z nasileniem	50 l. k.	107'	58° C. 12 m.	89'	— 18'
z nasileniem	29 l. m.	179'	58° C. 20 m.	157'	— 17'
Gościec jednostaw.	40 l. k.	86'	55° C. 17 m.	68'	— 18'

Dla przykładu podajemy przebieg cierpienia jednej z chorych ,przez nas spostrzeganych.

M. G. l. 28, pracowała stale dzień cały na ulicy bez względu na pogodę. Zachorowała przed 3 miesiącami (II 1924 r.), dostała bólu w prawym stawie skokowym; gorączkowała; bólom zapalnym uległy stopniowo inne stawy oraz mięśnie obu k. k. górnych i dolnych.

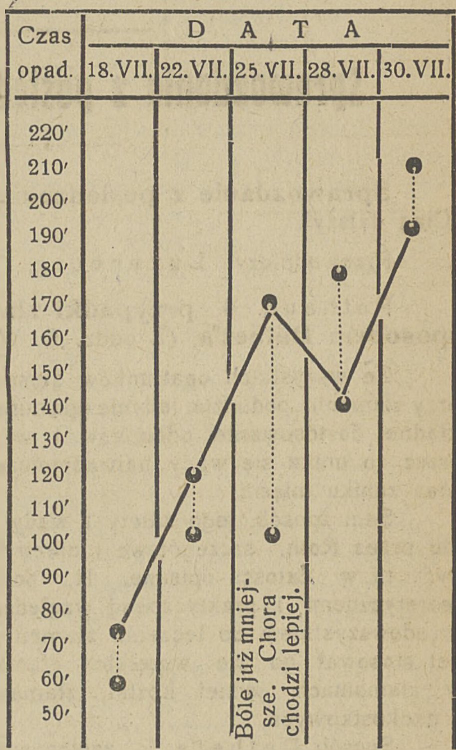
St. ob. Zmian w stawach niema. Objawów cierpień układu nerwowego niema. Tętno 96; granice serce normalne, ton dobitny na tętnicy płucnej; w ułożeniu poziomym szmer u koniuszka serca. Silne bóle w prawym stawie skokowym, mniejsze w pozostałych; z trudnością powstaje i chodzi. Często stan podgorączkowy. W czasie kilkutygodniowego leczenia na oddziale stan chorej po kilkunastu kąpielach świetlnych ogólnych, z zachowaniem zwykłych środków ostrożności, znacznie się poprawił. U tej właśnie chorej wykresy na tabl. IV (str. 167) wykazują wzrastanie czasu opadania krwinek czerwonych w miarę polepszania się stanu chorej oraz zmiany w opadaniu czerwonych ciałek krwi pod wpływem kąpieli świetlnych.

Widzimy więc, że 25/VII — ostatni raz po zabiegu—nastąpiło przyśpieszenie opadania czerwonych krwinek, a po tygodniu, wraz z lepszym samopoczuciem i poprawą sprawy chorobowej, opadanie stawało się stopniowo powolniejsze.

Ubocznie udało się nam zrobić szereg ciekawych spostrzeżeń, które aczkolwiek, być może, niezupełnie nowe, oświetlają jednak w sposób b. przekonywający niektóre sprawy, dziś jeszcze tłumaczone w rozmaity sposób lub zupełnie niewyjaśnione.

Chorzy byli badani o tej samej porze, w tym samym miejscu, w tych samych warunkach i nie bacząc na to, że bardzo często w stanie choroby nie było żadnych uchwytnych zmian czy to przedmiotowych, czy podmiotowych, ani razu nie udało nam się stwierdzić u tego samego chorego jednakowy czas opadania.— Osocze w probówkach nad warstwą krwinek przed zabiegiem było zawsze ciemniejsze, niż po zabiegu. Przypuszczaliśmy, że jest to zależne od ilości bilirubiny we krwi, ale próba z kwasem chloroformowym wykazała przeciwnie, że osocze krwi po zabiegu zawiera jej więcej niż przed nim.

Tablica IV.



——— znak opadania przed zabiegiem
········· „ „ po zabiegu

Liczba naszych badań doświadczalnych jest jeszcze zbyt mała, a wykonywanie ich, związane z trudnościami ze względu na potrzebę brania często powtórnie krwi z żyły, aby móc mówić o wnioskach ogólnych. W dalszym ciągu tych badań starać się będziemy stwierdzić, jak wpływają na sedymentację krwinek czerwonych taki bodźce termiczne, jak sucha łaźnia, łaźnia wilgotna, kąpiel wodna ciepła, gorąca i zimna, natryski — ciepłe i zimne, diatermja, insolacja sztuczna i naturalna i n. inn. zabiegi ogólne i miejscowe.

PIŚMIENNICTWO.

Biegański. Gaz. Lek. 1897. J. Luxenburg. Pamiętnik Warsz. Tow. Lek. 1898. S. Sterling. Gazeta Lekarska

№ 8 1922. H. Hilarowicz. Gazeta Lekarska № 49 1922. M. Dawidowicz. Gazeta Lekarska № 44 1923. M. Landsberg. Medycyna społeczna i doświadczalna T. 1. 1923. H. Brokman i H. Hirszfeldowa. Jahrbüch für Kinderheikunde 1924. L. Bereedler i H. Wastl. M. Med. Woch № 8 1924. B. Behrens M. Med. Woch. № 7 1924. E. Bothe D. Med. Woch. № 2 1924. Hoffgaard M. Med. Woch. № 1925.

Sprawozdania z posiedzeń naukowych.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 14 i 21 grudnia 1923 r.

(Ciąg dalszy).

Przewodniczył Luxenburg.

Rothaub. **4 przypadki złamania podudzia, leczone sposobem Delbet'a.** (Z oddz. A. Wertheima).

Ze wszystkich opatrunków gipsowych, dotychczas stosowanych przy złamaniu podudzia, jedynie opatrunek Delbet'a pozwala na dokładne dostosowanie odłamków i wczesne uruchomienie kończyny, przez co unika się wady najważniejszej: zesztywnienia w stawach oraz zaniku mięśni.

Sam sposób, jego zalety i wady zostały podane na posiedzeniu przez Roth. szczegółowo i niezwykle plastycznie lecz nie mogą być tu w całości opisane. R. podkreślił pozatym i uzasadnił teoretycznemi i praktycznemi względami, że sposób ten nadaje się przedewszystkiem do leczenia złamań trzonowych, aczkolwiek Delbet stosował go we wszelkich złamaniach kości podudzia, a więc w złamaniach jednej kostki, złamaniach skośnych, Dupuytren'a i nadkostkowych.

Sposób Delbet'a R. zastosowałw 4-ch przypadkach i przedstawił na chorych istotnie niezwykle szybkie i dodatnie jego wyniki:

1) P. S., l. 62. Złamanie poprzeczne nadkostkowe obu kości lewego podudzia. Opatr. Delbet'a 28.XI. 2) G. M., l. 43. Złamanie skośne kości piszczelowej lewej w 1/8 dolnej części. Opatr. Delbet'a 23.XI. 3) G. A., l. 9. Złamanie poprzeczne prawej kości piszczelowej w 1/8 dolnej części. Opatr. Delbet'a 23.XI. 4) S. M., l. 14. Złamanie skośne obu kości podudzia w 1/8 dolnej części. Opatr. Delbet'a.

Wszyscy ci chorzy poczęli wstawać na 2-gi, 3-ci dzień po nałożeniu opatrunku.

Wertheim w dyskusji podkreśla społeczne znaczenie metody prof. Delbet'a; chorzy już po kilku dniach chodzić znów mogą, a więc i szybko wracają do pracy zawodowej.

L. Endelman. **Przypadek operacyjnego leczenia łuszczki jaglicowej** (operacja Denig'a).

Chora lat 17; od 6 lat jaglica, z nawrotami, nasileniami. Od 2 lat osłabienie wzroku oka prawego, światłowstręt, łzawienie i kłujące bóle oczu.

St. ob. Spojówki oczu zbliznowaciałe (III okres jaglicy), tylko w niewielu miejscach jeszcze wysepki z przerosłą brodawkowato spojówką. Rogówka oka prawego pokryta gęstą łuszczką naczyniową; przeważają naczynia, drążące od góry. Powierzchnia rogówki chropawa, w wielu miejscach szarawe nacieki w powierzchownych warstwach, niektóre z nich wrzodziejące. Ostrość wzroku wybitnie $<<$: liczy palce przed okiem. Rogówka oka lewego w górnym odcinku ogniskowo zmętniała (po przebytych naciekach), lecz wszędzie pokryta nabłonkiem; od górnego rąbka przechodzą na rogówkę krótkie naczynia (wygasła łuszczka). Ostrość wzroku oka lewego = $^5/_{20}$. Leczenie zwykłe, (od dłuższego czasu), łuszczki na oku prawym, nie dawało żadnego wyniku; chorą poddano więc operacji Denig'a. Oddzielono spojówkę gałkową tuż przy rąbku górnym, obejmując $^1/_2$ jej obwodu, następnie wycięto sierpowaty skrawek ze spojówki szerokości 3 mm. Do utworzonego w powyższy sposób ubytku włączono podobny kształtem płat, wycięty z błony śluzowej dolnej wargi i umocowano go 5-iu cienkiemi jedwabnemi szwami.

Przebieg pooperacyjny dobry: podrażnienie oka oraz wydzielina z worka spojówkowego nieznączna. Na 5-ty dzień szwy usunięto; płat przeszczepiony przyjął się doskonale. W 2 tygodnie po operacji oko nie łzawi, chora dobrze je otwiera, znosi światło; rogówka znacznie się wyjaśniła, nabłonek wszędzie pokrywa powierzchnię. Ostrość widzenia podniosła się: chora już obecnie liczy palce w odległości 3 mtr.

Operacja Denig'a ma na celu położenie tamy nadmiernemu nowotworzeniu się naczyń w rogówce, co osiągamy zresztą już przez zwykłe wycięcie skrawka spojówki, przeszczepianie zaś płata stwarza zaporę przeciwko szerzeniu się sprawy swoistej jaglicowej ze spojówki gałkowej na rogówkę, a przez to chroni od nawrotów sprawy zapalnej w rogówce.

Z. Ettingerowa i L. Nudelman. **Przypadek nowotworu płuc z przerzutem do móżdżku.** (Z oddz. L. Bregmana).

K. B. lat 45; od jesieni 1923 r. kaszel, (dużo plwociny bez krwi), bez potów nocnych i dreszczów. Po miesiącu tak silne bóle głowy w okolicy ciemieniowej, że chora musiała się położyć. Odtąd przy próbie wstawania zawroty głowy; podczas chodzenia zataczała się. Niebawem przed przybyciem do Szpitala (4.X.23) uporczywe wymioty. St. ob. bolesność czaszki w okolicy szczytu głowy. Sztywność karku nieznaczna. Oczopląs poziomy przy spoglądaniu w stronę

prawą. Przy próbie „palec — nos“ nieznaczny bezład l. k. g. Gdy usiłowała chodzić, zataczała się i długo utrzymać się na nogach nie mogła. Wzmożona pobudliwość narządów przedsionkowych obustronnie w stopniu b. wybitnym (Karbowski). Próba B a r a n y'e g o, *adiadochokinesis*, ujemne. Tarcze zastoinowe, < po str. lewej. Pozatym nic patologicznego. W ciągu pierwszych 11-u dni stan coraz cięższy; wzmożenie ciśnienia śródczaszkowego ad maximum: prawie bazustannie wymioty i bardzo silne bóle oraz zawroty głowy.

Rozpoznano nowotwór mózgowia. Oczopląs, chód bezładny, ataksja lew. kończ. górnej i wzmożona pobudliwość narządów przedsionkowych przemawiały za umiejscowieniem sprawy w móżdżku. Postanowiono zrazu chorą metodycznie naświetlać prom. R.. Od 22.X.23 4 seanse racjonalnego naświetlania okolicy móżdżkowej. Odtąd stan chorej istotnie stał się lepszym, objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego stopniowo zaczęły ustępować.— Chora lepiej spała, wymioty nie były już tak częste, przy unoszeniu głowy ponad poduszkę nie doznawała już mdłości, bóle głowy stały się mniej dokuczliwe. Objawy ataksji l. k. g. znikły, a oczopląs występował już tylko w postaci rzadkich drgań. Około 20.XI.23 nastąpiło nasilenie sprawy płucnej, zaczął się znów męczący, uporczywy kaszel wraz z bólem, kłuciem w lew. boku. W płucach wówczas stwierdzono nieznaczne stłumienie, o dwa palce niżej kąta łopatki i osłabienie w miejscu tym szmeru oddechowego. Odtąd objawy płucne wzmagały się wciąż bardziej i bardziej, to też przeważały w obrazie chorobowym. Stłumienie z lewej strony powiększyło się do kąta łopatki, a z prawej strony sięgało niego wyżej. Niebawem wystąpiła sinica warg, oddech był coraz więcej przyśpieszony. Plwocina surowicza, lepka, galaretowata, zawierała kilka razy ślady krwi. Z opłucnej (lewej), wydobyto 1.XII.23 płynu krwawego, mętnego, o zabarwieniu czerwono-ceglastym. Na dno probówki opadł spory osad z 2 warstw: u dołu szaro-żółty, u góry ciemno-czerwony. Płyn nad osadem był ksantochromiczny; w osadzie stwierdzono ogromną liczbę komórek śródbłonkowych, młodych, w okresie dzielenia się, w większych gdzie niegdzie skupieniach, wiele komórek z wodniczkami, krwinki czerwone, białe, c h a r a k t e r y s t y c z n e d l a n o w o t w o r ó w p ł u c k u l k i t ł u s z c z o w e (barwienie sudanem). Prąt. Kocha nie było, natomiast znaleziono w plwocinie komórki nowotworowe. Na rentgenogramie płuc (Mesz): szczyty normalne; rozsiane ogniska nacieczenia różnej wielkości, zwł. w prawym płacie dolnym, tuż widoczny cień, z śródpiersia idący, a zlewający się z zatartym brzegiem przepony, ta zaś z obu stron zamazana, mało ruchoma.—Serce — norm. W ciągu pierwszej $^1/_2$ grudnia 1923 r. objawy płucne spotęgowały się bardziej jeszcze. Przestrzeń stłumienia z tyłu obustronnie powiększyła się, duszność i kaszel dokuczliwy na chwilę nie ustępowały, tętno stało się miękkie, drobne i przyśpieszone (do 130'). Chora chudła z dnia na dzień, straciła zupełnie łaknienie, cera twarzy stała się szarawo-ciemną z odcieniem żółta-

wym. Oddech w obrębie stłumienia był zupełnie niesłyszalny, pod miejscem stłumienia oddech pęcherzykowy, zaostrzony, z wydechem słyszalnym.

Wziąwszy łącznie pod uwagę dane powyższe, widoczne było, że, poczynajac od końca listopada 1923 r., na plan pierwszy po ustąpieniu jaskrawych objawów mózgowych 1-go okresu choroby, wystąpiły u chorej objawy płucne. Na zasadzie zaś całokształtu obrazu klinicznego oraz wyniku uzupełniających badań laboratoryjnych oraz rentgenogramu, należało wnioskować, że mamy w danym przypadku do czynienia z nowotworem płuc, przyczym najprawdopodobniej w prawym płacie dolnym. Gruźlicę płuc łatwo tu wyłączyć było na zasadzie braku właściwych ku temu objawów klinicznych, a również—między innemi, ujemny odczyn Wass. wyłączał kiłę i inne cierp. płuc. Pierwotnego ogniska nowotworowego w innych narządach nie znaleziono, a zatym wobec braku bólów w klatce piersiowej, a i niezwykłej prócz tego rzadkości pierwotnych nowotworów opłucnej, należało rozpoznać w danym przypadku nowotwór pierwotny płuca, który przez przerzut w 1-szym okresie zachorzenia do móżdżku, wywołał był początkowo przedewszystkiem jaskrawe objawy ze strony mózgowia.—Momentem, niezwykle interesującym i pouczającym w powyższym obrazie chorobowym, jest niewątpliwy wpływ dodatni naświetlania prom. R. na szereg ciężkich objawów, dzięki czemu wiele objawów uciskowych w znacznej mierze osłabło, a niektóre zupełnie ustąpiły. Niestety, już po pokazie, objawy płucne tak się wzmogły, że się nie udało uratować życia chorej.

W d y s k u s j i B r e g m a n podreśla dane kliniczne, które wskazywały na cierpienie móżdżku, jak również niewątpliwy w danym wypadku wpływ dodatni naświetlań prom. R. na niektóre uciskowe objawy mózgowe. F l a t a u omawia obszernie rentgenoterapję nowotworów mózgowych i rdzeniowych, wskazania do niej i metodykę tego postępowania leczniczego; naświetlać niekiedy trzeba i kilka lat z rzędu, przyczym równolegle stosować należy wzmacniającą terapję oraz podawać okresowo leki, osłabiające pobudliwość kory mózgowej (brom, luminal i n. inne). L i c h t e n b e r g, omówiwszy warunki niezbędne dla powstawania nowotworów pierwotnych i przerzutowych w rozmaitych narządach, zaznacza, że istnieć musi niewątpliwie zależność biochemiczna między podłożem tkankowym narządu danego a komórkami przerzutowemi; gdy tego niema, podłoże wykazuje odporność atreptyczną w stosunku do komórek przerzutowych nowotworu i te ulegają zanikowi. W danym przypadku Licht. uważa za słuszne przypuszczenie pierwotnego nowotworu, wyrastającego z pęcherzyków płucnych (*Entodermoma malignum*) z przerzutem do móżdżku. G o l d f l a m zastanawia się nad istotą wpływu prom. R. (prawdopodobnie hamowanie żywotności komórek nowotworowych, a co za tym zmniejszenie guza, wzgl. wodogłowia wewnętrznego, a stąd i tarczy zastoinowej). M e s z wskazuje na niebezpieczeństwo, z jakim niekiedy jest związane naświetl. prom. R. nowo-

tworów płuc. Szenkier, zbadawszy jamę brzuszną sądzi, że w danym wypadku należałoby się też zastanowić, czy niema guza pierwotnego w praw. nerce, (nadnerczak) której wymiar jest jakby powiększony (czego jednak autopsja nie potwierdziła). Flatau uzupełnia swe przemówienie, podając wyniki swych badań doświadczalnych nad szczepieniem nowotworów.

Pain i Szenkier. **Przypadek gruźlicy gruczołów krezkowych.** (*Tabes mesaraica*).

19-letnia K. od roku kaszle, od kilku miesięcy ma bóle brzucha i biegunkę. Od 5 miesięcy poniżej prawego łuku żebrowego mała narośl—jak orzech włoski. Wkrótce 2 podobne guzki wyrosły też w okolicy kątnicy i niebawem wszystkie 3 się złączyły. 5 lat temu dur brzuszny. Od 8 mies brak miesiączki. St. ob. Szczupła, blada; stan podgorączkowy. Gruczoły szyjne, pachowe, pachwinowe macalne, twarde, niebolesne. Objawy nacieczenia u szczytów płuc (zwł. praw.). W prawej 1/2 jamy brzusznej guz, którego biegun górny leży o 4 poprz. palce niżej praw. łuku żebrowego. dolny biegun—*u spina os. ant. sup.*, wewnętrzny przy linji środkowej brzucha. Guz twardy, nieprzesuwalny, o powierzchni nierównej; nad guzem stłumienie z oddźwiękiem bębenkowym. Wątroba, śledziona niemacalne. Badanie na prątki Kocha, odcz. Wass. i Botelho—ujemne. Mocz norm. Rentg. — zaciemnienie lew. szczytu. Badanie ginekol., nerek (pyelografja i czynnościowe) wyłączały guz w narządach moczopłciowych. Próba z rozdęciem grubego jelita wykazała, że guz leży pozaotrzewnowo. W rachubę więc wchodzi albo cierpienie gruczołów chłonnych pozaotrzewnych, albo też krezkowych (co prawdopodobniejsze — ich ruchomość). Brak charłactwa, młody wiek, ujemny odcz. Botelho wyłączają tu zmiany rakowate. Zmiany przerostowe (białaczkę, białaczką rzekomą) wyłącza tu obraz krwi (Hb—60%; czerw. 3.500.000; leuk. 8500, wielojądrz. 7%., limf. 26%, przejśc. 4%; wskaźnik—0,85). Brak powiększenia wątroby, śledziony i t. d., Wass. ujemny wyłączają kiłę tych gruczołów. W chor. Hodgkins'a byłby złośliwy przebieg, wysoka T^0, >> śledz. i wątroby, a we krwi obojętno-chłonna leukocytoza i limfopenja, pozatym punktem wyjścia cierpienia byłyby gruczoły szyjne lub pachowe. *Lymphosarcomatosis*—wyłącza polepszenie ogólnego stanu w Szpitalu, wagi i brak limfopenji (Türck). To też wszystko przemawia raczej za gruźlicą gruczołów (Pirq. dodatni i zmiany n. inn.). Jako środek leczniczy w grę wchodzą przedewszystkiem metodyczne naśw. promieniami Roentgena.

Szenkier uzasadnia, dlaczego należało tu wyłączyć guz nerki. Aczkolwiek czynnościowa diagnostyka wykazała upośledzoną czynnośc prawej nerki, nie należało w tym dopatrywać się związku z nowotworem, lecz ze schorzeniem w okolicy tej nerki.— Pyelografja istotnie potwierdzała objawy uciskowe: rozszerzenie miedniczki po stronie chorej.

W dyskusji L e w i n omawia szczegółowo sposoby leczenia tego, tak rzadko spotykanego, cierpienia. D a t y n e r w związku z wynikiem badań czynnościowych nerki, wyraża wątpliwość co do słuszności omawianego tu rozpoznania.

G o l d f l a m, mając na względzie ruchomość guza, jego wielkość i jednolitość w zwartej masie, z zastrzeżeniem jedynie uznaje za słuszne rozpoznanie w danym przypadku cierpienia gruczołów zaotrzewnych. Ten sam pogląd podziela G o l d s t e i n, zwracając szczególną uwagę na ruchomość guza przy oddechu.

L u b e l s k i nieraz napotykał podczas zabiegów w jamie brzusznej gruczoły pozaotrzewne, zbite w jednolitą masę a wyglądające, jak pojedyńczy guz o charakterze nowotworowym. Często zropienie rozstrzyga dopiero o właściwym rozpoznaniu sprawy.

N a t a n s o n również napotykał podobne gruczoły, ale niekoniecznie są one i pozaotrzewne, mogą być i krezkowe.

R u b i n s t e i n. **Przypadek ostrego zapalenia okrężnicy esowatej (*Sigmoiditis acuta exsudativa*).** (Z oddz. A. Wertheima)

F. I., lat 25, przed 2 tygodn. dostał nagle bólów brzucha z wymiotami, biegunką i T^0; trwało to 3 dni. Przed przybyciem do Szpitala (po spożyciu piwa) podobne objawy się powtórzyły. 18. X. 23 r., już na oddziale, temp. 38,2^0, tętno 102. Język obłożony, brzuch nieco wzdęty, lewy mięsień prosty napięty. W lewym dole biodrowym guzowatość wielkości pięści, nieruchoma, bolesna, o wypuku tępym. Obj. Blumberga — dodatni, Rowsinga — ujemny. Kątnica macalna w prawym dole biodrowym. Po kilku dniach temp. opadła, biegunka ustąpiła, bóle brzucha słabsze. Na powierzchni kału widoczne były płaty mętnego śluzu, zabarwionego śladami krwi. Guzowatość po dwutygodniowym stosowaniu okładów rozgrzewających zmniejszyła się do kształtu kiełbasy, dług. ok. 12 cm., przylegała do talerza kości miednicowej. Rektoskopja wykazała znaczne zaczerwienienie błony śluzowej esicy, rozszerzone i nastrzyknięte naczynia, bez owrzodzeń. Rentgenologicznie charakterystyczny obraz: esica w postaci b. wąskiego, przewodu, który po 72 godz. nie przepuszczał jeszcze pokarmu kontrastowego. W późniejszym okresie stan bezgorączkowy, guz nadal twardy, bóle przed wypróżnieniem. Jako przyczynę powstawania z a p a l. e s i c y należy uważać uchyłki, częste w tym odcinku po stronie przyczepu krezki, tu bowiem gromadzą się kamyki kałowe, drażnią śluzówkę i prowadzą do zgorzeli lub ropni, a nawet przedziurawienia jelita z jego następstwami. Ropień w przypadkach ostrych zazwyczaj opróżnia się do światła jelita, a przez rozrost tkanek przyległych ściana jelita grubieje, światło znacznie się zwęża, krezka się kurczy i twardnieje.

Leczenie w przypadkach ostrych, jak w ostrym zapal. wyrostka robaczkowego, później wlewanie garbnika, srebra, dermatolu itp., a w ciężkich i uporczywych stanach i zabieg chirurgiczny, aby wy-

łączyć chory odcinek esicy przez utworzenie sztucznego odbytu lub, jak radzi Wein—appendicostomia.

W dyskusji Justman przytacza swój przypadek zapal. esicy z wyzdrowieniem po appendikostomji i dodaje, że Einhorn niedawno zalecał w zapal. jelita grubego przemywania t. zw. zgłębnikiem przedłużonym. Luxenburg przypomina swój szpitalny przypadek przewlekłego schorzenia jelita grubego, w którym rozpoznał nowotwór złośliwy po zbadaniu kału, co zaleca wykonywać w każdym schorzeniu jelit.

Tonenberg. **Plastyczne przeszczepienie ścięgien przy stopie szpotawo-końskiej.** (Z oddz. A. Wertheima).

13 l. chł.; przed 8 laty *Poliom. ant. ac.*, w następstwie niedowład prawej stopy. Stopa — *pes equino-varus, excavatus paralyticus.* Ruchy czynne, odprowadzające zniesione; skrócenie ścięg. Achil.; ruch bierny stopy na zewnątrz również upośledzony; chodząc, chory powłóczył palcami, dotykał podeszwą podłogi. Badanie neurologiczne (Rotstadt) wykazało, że prócz m. strzałkowych, grupa mięśni, unerwianych przez n. strzałkowy (*tibialis ant., ext. digit. long., ext, hall. long.*) i inne mięśnie działają sprawnie. Zgodnie z doświadczeniem Ollerenshaw'a (*Brit. med. Journ. 1922* ref. *Jour. de Chir. 1923, T. XXI*) oraz Kappis'a (Pos. chir. w Kilonji 1922), postanowiono zastąpić mięśnie strzałkowe mięśniem piszczelowym przednim, który znów w zupełności daje się zastąpić przez mięśnie wyprostne palców. 28. IX. 23 r., po obnażeniu ścięg. Achillesa, plastyka według Beyer'a; udało się je znacznie wydłużyć, pozwoliło to unieść stopę i odchylić ją. W tym ułożeniu bnażono ścięgna mięśni strzałkowych, sfałdowano je i utrzymano stopę odprowadzoną. Ranę tu zaszyto.

Następnie obnażono ścięgno mięśnia piszcz. przedn., przecięto je tuż u przyczepu do 1-ej kości klinowej i 1-ej kości śródstopia i wyswobodzono z więzadła poprzecznego i krzyżowego. Po obnażeniu przyczepu krótkiego mięśnia strzałkowego do V kości śródstopia i obnażeniu kości sześciennej, przez tunel podskórny, łączący obie rany, sprowadzono ścięgno mięśnia piszczelowego; przy pomocy plastyki z płata odwróconego wydłużono je i przyszyto do obwodowej części przeciętego ścięgna mięśnia strzałkowego krótkiego, tuż u przyczepu jego do V kości śródstopia. Rany zaszyto i nałożono utrwalający opatrunek gipsowy. Rychłozrost. Po 5-ciu tyg. drażnienie prądem faradycznym prawostronnego mięśnia piszczelowego przedniego wywoływało lekkie boczne odchylenie stopy. Obecnie, przy drażnieniu prądem feradycznym, odchylenie stopy jest jeszcze nadal niezbyt wydatne (Rotstadt). W stanie spoczynku stopa ma układ lepszy; nie jest, jak uprzednio, zwrócona i przechylona ku wewnętrznej stronie, a gdy chory chodzi, nie powłóczy już palcami.

W dyskusji Rotstadt podkreśla wynik dodatni operacji, ustalony zapomocą badania prądem elektrycznym i przypomina o funkcji zastępczej mięśni wyprostnych palców.

Lubelski zaznacza, że operuje w podobnych przypadkach inaczej, odsłoniwszy bowiem jednym cięciem mięśnie strzałkowe i mięsień piszczelowy przedni, przecina ścięgna i przyszywa dośrodkowy koniec ścięgna mięśnia piszczelowego do obwodowego końca ścięgna mięśnia strzałkowego krótkiego.

Stabholc wypowiada się za sposobem, stosowanym przez Totenberga.

W odpowiedzi T. zaznacza, że szło mu o przyszycie ścięgna mięśnia zdrowego jaknajbliżej miejsca przyczepu mięśnia dotkniętego bezwładem, aby wykorzystać możliwie najlepiej siłę mięśnia. Jednym cięciem nie da się to uskutecznić. Pozatym zabieg ten, bez plastyki ścięgna Achillesa i sfałdowania ścięgen mięśni strzałkowych, byłby niedostateczny.

G. Lewin i I. Lichtenberg. **Przypadek nowotworu opłucnej**.

Ch. M., lat 56. Od 3 mies. ma kaszel, chrypkę i duszność; plwocina skąpa, bez krwi. Od miesiąca silne bóle w lewej $^{1}/_{2}$ klatki piersiowej i w okolicy mostku. Dawniej tylko zapalenie nerek. Stan bez gorączki. Ciśn. R-R. 100 — 80. Lewa $^{1}/_{2}$ kl. piers. równomiernie uwypuklona, mniej ruchoma niż prawa. Przewodn. i drżenie głosowe >>> nad szczytem prawym, << z lewej strony od kąta łopatki i obojczyka ku dołowi. Przytłumienie nad szczytem prawym, stłumienie po stronie lewej od kąta łopatki i obojczyka ku dołowi. Oddech nad lewym szczytem—zaostrzony; od kąta łopatki po stronie lewej — prawie zniesiony. Serce przesunięte naprawo o szerokość 3 palców; tony głuche; tętno przyśpieszone. Porażenie n. recur. sin. Wass. i Botelho. Pirq. po 24 godz. — ujemny, po 48 godz. — słabo dodatni. Prątków Kocha i włókien elastycznych niema. Płyn z opłucnej—surowiczo - krwotoczny, w osadzie skupienia nabłonkowe, atypowe; próba „de laquage“ Bard'a ujemną. Rentg. 8. XII. 23 (Mesz): — lewe płuco prawie całe zciemnione, prócz okrągłego pola w środkowej części; cień płuca zlewa się z cieniem serca i przepony; szczyt prawego płuca nieco zaciemniony; gruczoły powiększone, nacieczone — (*tumor pleurae*?). Rentgenogr. wykonany 29.XI.23 przez Judta objawów nowotworu płuc lub opłucnej jeszcze nie wykrywał. Nie należy zresztą nigdy opierać się li tylko na rentgenogramie, lecz na całokształcie obrazu klinicznego, co też każe rozpoznać tu nowotwór opłucnej, a wyłączyć sprawę zapalną przewlekłą. Co do rodzaju nowotworu, należy tu rozpoznać z natury swojej mniej złośliwy i mniej anaplastyczny, pochodzący z śródbłonka naczyń — *mesenchymoma endotheliale* niż *mesodermoma epitheliale malignum* Hornowskiego. Przemawia za tym b. może

również wynik dodatni leczenia prom. R. (po pierwszej serji 3 naświetlań chora czuje się lepiej).

W dyskusji Higier uznaje przypadek za względnie łatwy do rozpoznania. Czy jednak mamy tu do czynienia z *mesenchymoma endotheliale*, czy innego rodzaju nowotworem, trudno jest orzec na podstawie badań biochemicznych lub morfologicznych. Poncz zastanawia się nad różniczkowym rozpoznaniem nowotworu opłucnej i gruźlicy, które trudne bywa nieraz bardzo w początkowych okresach. W odpowiedzi Lichtenberg zaznacza, że histopatologiczne rozpoznanie nowotworu może pozostać niewyjaśnione nawet przy badaniu mikroskopowym, gdyż nabłonek, pokrywający opłucną, rozmnażając się b. szybko, wrasta do szczelin chłonnych i zaciera różnice pochodzenia. Rozpoznanie możemy wówczas oprzeć na badaniu licznych skrawków i wykazaniu punktu wyjścia rozwojowego nowotworu.

Luxenburg. **Angina necrotica leucaemica.**

31-letni mężczyzna przybywa na oddział z powodu gorączki i bólu gardła. W gardzieli—znaczny obrzęk łuków i lewego migdałka, miejscami gęsty brudno-szary nalot na tkance w stanie martwicy. Gruczoły szyjne, po stronie lewej, nieco powiększone; w nalocie ani znamion błonicy, ani anginy Plaut-Vincent'a. Śledziona macalna, inne narządy bez zmian. Na dnie oczu — nieznaczne wybroczyny. Krew: Hb 35%; erytr. 2.200.000; leuk. 32.000; jednojądrz. 80%, w tym 30% myelobl. To też L. rozpoznaje białaczkę myeloblastyczną, której wczesnym objawem była angina.

Goldstein. **Pokaz chorego po usunięciu guza czoła.** (*Endothelioma*). (Z oddz. A. Sołowiejczyka).

56-letni mężczyzna, miał od 20-u kilku lat nieduża narośl na czole, która przed rokiem zaczęła szybko się powiększać. St. ob. 14.XI.23 (na oddziale) guz, wielkości dużej pomarańczy, obejmował kość czołową, część ciemieniowych i wrastał w obie zatoki czołowe,— stąd wytrzeszcz prawej gałki ocznej. 19.XI.23 operacja. Guz wraz z otaczającą go kością usunięto, tworząc ubytek czaszki na przestrzeni 17 × 15 cm. W ranie widoczne było tętnienie naczyń opony twardej. Po operacji naświetlanie prom. R.—6.XII.23 pokryto płatami zatoki czołowe, a następnie 2-krotnie jeszcze je plastyką uzupełniono.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 11 stycznia 1924 r.

Przewodniczył Markusfeld.

Przewodniczący udziela głosu kol. Rotstadtowi, który, ustępując po wielu latach ze stanowiska sekretarza posiedzeń naukowych, wygłosił następujące przemówienie. *)

*) Wydrukowane poza porządkiem dziennym zgodnie z postanowieniem ogólnego zebrania Lekarzy Szpitala w dn. 11/I 24.

„Historja jest najlepszym wychowawcą, najwytrawniejszym kierownikiem rozwoju myśli naszych, najszlachetniejszym pedagogiem. Gdy przyszedł czas, staje się sprawiedliwym, bezstronnym, oddanym obrońcą naszym, lecz, przeciwnie, niekiedy znowu bezwzględnym, surowym sędzią spowiednikiem czynów naszych albo też nieubłaganym oskarżycielem pasorzytniczej bezczynności ludzkiej. To też każdy z nas dbać musi o własną historję, o historję środowiska, śród którego pracuje, a nadewszystko społem o historję i przyszłość tego kraju, który uważa za swój ojczysty, rodzinny. Tak nakazywało właśnie przed laty sumienie społeczne tym wszystkim lekarzom Szpitala naszego, ludziom dobrej woli, którzy na czele z obecnym tu z nami (a niechaj jaknajdłużej śród nas pozostaje), stałym honorowym przewodniczącym posiedzeń naukowych dr. Szwajcerem, przed 20-tu przeszło laty, uznali za bezwzględnie konieczne stworzenie na wieczne czasy w Szpitalu naszym bujnego, mocnego ogniska nauki polskiej. Nie bacząc na przeszkody, które stawiał hardy, ograniczony, zbyt pewny siebie zaborca, ognisko to już w 1903 r. jasno zabłysło. Już 31 października 1903 r., z. szczególnie dzieki niepospolitej energji i zapałowi, pracowitości, talentowi Flataua, stają z nim w zwartym szeregu do budowy warsztatu pracy naukowej Szpitala: Elsenberg Freudenson, Krauze, Mutermilch, Oderfeld, Pechkranc, Rosental, Steinhaus, Spielrein, Wolberg, Popławska, Bregman, Klejn, Lewin, Lubliner, Luxenburg, Markusfeld, Natanson, Sołowiejczyk, Wizel. Wokoło nich skupiają się stopniowo pełni zapału i wiary w przyszłość: Halpern, Szpringer, Altkaufer, Bornstajn, Endelman, Zaleska, Erlich, Gliksman Grynberg, Handelsman, Hurwicz, Kahan, Koelichen, Krukowski, Lipszat, Lubelski, Mesz, Praszkier, Rosenberg, Rotstadt, Rubinrot. Simchowicz, Sterlingowie Wcł. i Wład., Zylberlast-Zandowa, Wurcelman, a niechaj mi wybaczą ci wszyscy, których przez niepamięć tutaj pominąłem.

Pierwsze posiedzenie naukowe odbyło się 30 października 1903 r. Bornsztajn pierwszy pióro sekretarza otrzymał i umiejętnie je poprowadził. Piewszy zabrał głos dr. Szwajcer, zachęcając w gorących słowach do współpracy zgodnej dla wzniosłego celu wzniesienia na szczebel najwyższy nauki polskiej w Szpitalu. Pierwszy demonstrował chorego na posiedzeniu naukowym dn. 30-IX-03., tak niespodzianie i tak przedwcześnie zmarły Spielrein, chirurg o wybitnym talencie i wiedzy; był to przypadek urazu głowy z wylewem krwawym do przedniej jamy czaskowej, już po operacji; a chirurg Krauze pierwszy w dyskusji przemawiał. Na posiedzeniu tym pokazywali jeszcze chorych Krauze, a brał udział w dyskusji z nim Flatau; następnie Bregman, a brali udział w dyskusji Flatau, Pechkranc, Krauze, Koelichen, a potym Klejn z udziałem w dyskusji Pechkranca, a po nim pokazywali jeszcze chorych Mutermilch, Lubliner, Sołowiejczyk, a udział w rozprawie brali Bregman, Steinhaus, Lipsztat, Klejn, Krauze, Oderfeld, Rosental. Na posiedzeniu dnia

5-XII 03 —było 12 pokazów (!): Freudensona, Lublinera, Steinhausa z Klejnem, Wolberga, Klejna, Luxenburga, Flataua, Bregmana, Krauzego, Oderfelda, Lubelskiego i Natansona. Porządek dzienny, nie bacząc na tak znaczną liczbę pokazów, był wyczerpany i urozmaicony dzięki ożywionej dyskusji. Dn. 5-XII 03 widzimy na posiedzeniu Goldflama, gościa honorowego, wiecznie młodego entuzjastę wśród uczonych lekarzy polskich. Od 1905 r. pióro sekretarza bierze w swe ręce Wład. Sterling, znacząc w księdze protokółów węzełkami słów i zdań mrówczy ślad swej pracy pisarskiej.

Po kilku latach pióro sekretarza przeszło w moje ręce, a trzymałem je wiernie do końca 1923 r. włącznie. Ustępuję dzisiaj, z własnej woli, z tego zaszczytnego stanowiska, gdyż trzeba dać drogę młodszym, na nich bowiem spada ciężki trud dokonania dzieła — wytrwania na placówce tu stworzonej, a wymaga to niewątpliwie dużego wyszkolenia, nauki i rutyny.

Ustępując z sumieniem spokojnym, żem wszystko czynił tylko dla dobra sprawy, życzę mojemu następcy, aby po wielu latach, gdy z kolei opuszczać będzie to zaszczytne stanowisko sekretarza, miał tak, jak i ja, wśród Kolegów szpitalnych, jedynie przyjaciół i życzliwych. —

Pomost został rzucony, spotkała się na nim stara gwardja Szpitala z młodzieżą, która ukończyła uczelnie polskie w Ojczyźnie już wyzwolonej przez bohaterski ducha narodu wysiłek.

Niechaj starsi bez waśni dadzą młodym ręce i społem, dbając o historję kraju, nadal pracują, aby ognisko wiedzy lekarskiej, wzniecone w Szpitalu w ciężkich warunkach zaboru, nigdy nie wygasło.

Sołowiejczyk. — 1. **Przypadek bąblowca.**

58 letni kowal już przed 20 laty zauważył w okolicy górnej dośrodkowej części uda mały guz, który stopniowo się powiększał, nie sprawiając choremu żadnych dolegliwości. W 1918 r.—a był już wtedy wielkości jaja gęsiego, o charakterze torbieli z płynną przezroczystą zawartością,— guz został usunięty.

Przed rokiem nawrót w postaci, jak poprzednio, przesuwalnego pod skórą guza, w głębi przyrośniętego do tkanek, o wyraźnym chełbotaniu.

Usunięto go powtórnie 27. XII. 23. wraz z mniejszym guzkiem, który wykryto w głębi rany. Rychłozrost. Po tygodniu zauważono tuż poniżej linji cięcia nowy guzek, który również usunięto i który po zbadaniu (Jastrzębski) okazał się bąblowcem wielokomorowym.

W dyskusji Jastrzębski omawia wielorodność postaci bąblowca. Abramowicz przytacza niektóre metody rozpoznawcze bąblowca, jak nprz. odczyn Abderhaldena, następnie badania autorów włoskich, którzy wprowadzają królikowi surowicę krwi chorych, u których przypuszcza się istnienie bąblowca i n. inn.

2. **Przypadek żylaków kończyny górnej.**

24-letnia kobieta zauważyła przed 10 laty nieduże guzki na małym palcu lewej ręki, które po niejakimś czasie znikły. Po 6 latach nawrót. Guzki usnnięto wówczas drogą operacyjną. $1^1/_2$ roku temu wystąpiły ponownie, tym razem rozsiane na przedramieniu lewym, wzdłuż biegu żyły przypromieniowej oraz nieliczne na klatce piersiowej, niebolesne, wielkości od ziarnka grochu do orzecha laskowego i większe. 20.XII.23 dokonano wyłuszczenia guzków, o budowie tkanki gąbczastej, z której wyciekała krew; pozatym znaleziono w nich drobniutkie kamyki żylne. Na każdym z guzków można było również stwierdzić żyłę doprowadzającą i odprowadzającą.

Badanie histologiczne (J a s t r z ę b s k i) wykazało przewlekłą sprawę zapalną żyły z następczym jej w poszczególnych punktach rozszerzeniem (*phlebitis, endophlebitis c. phlebectasia*), wzgl. żylaki.

W d y s k u s j i R u b i n r o t zaznacza, że niejednokrotnie operował żylaki, lecz wygląd ich zazwyczaj już i dla gołego oka był odmienny, to też w danym wypadku nazwa żylaków wydaje się R. nieodpowiednią. H i g i e r sądzi, że były to być może raczej naczyniaki krwionośne, a nie guzki zapalne. J a s t r z ę b s k i szczegółowo tłumaczy obraz histologicznej budowy guzków, która wyłącza rozpoznanie jakiegokolwiek nowotworu, a przemawia bezwzględnie za sprawą zapalną. Swoistych zmian kiłowych nie było również.

3. **Przypadek torbieli nerki.**

32-letnia kobieta już przed 2 laty zdawać zaczęła sobie sprawę, że w brzuchu rośnie jej guz, który się wciąż powiększa, lecz bez wszelkich dolegliwości. Badanie wykazało w linji środkowej jamy brzusznej guz wielkości głowy, elastyczny i przesuwalny w różnych kierunkach. Przystąpiono do operacji (rozpoznano torbiel jajnika na długiej szypule), lecz po otwarciu jamy brzusznej, zarówno w jajnikach, jak i macicy, nie wykryto nic nienormalnego. Guz pozaotrzenowy stanowiła torbiel zwyrodniała prawej nerki, którą usunięto po podwiązaniu szypuły. Lewą nerkę, normalną, pozostawiono w miejscu. Jamę brzuszną zaszyto na głucho. Rychłozrost. Badanie histologiczne (Abramowicz) wykazało zapal. kłębkowe nerki (*glomerulonephritis*), na tle czego najprawdopodobniej nastąpiło zwyrodnienie nerki i przez co stała się ona ruchomą (*ren migrans*).

W d y s k u s j i A b r a m o w i c z tłumaczy, że zwyrodnienie nerki w danym wypadku należy bezwątpienia uważać za sprawę wtórną po stanie zapalnym z następczym rozrostem tkanki łącznej i t. p.

4. **Przypadek torbieli skórzastej jajnika.**

28-letnia kobieta skarżyła się na dolegliwości w podbrzuszu i w okolicy krocza. Skąpe upławy; perjody obfite. W lewym skle-

pieniu wyczuwano twardy guz, wielkości mandarynki, nieruchomy, przylegający do bocznej ściany małej miednicy. Macica normalna. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że był to guz w zrostach otrzewnych z esicą i boczną ścianą miednicy; pozatym ujawniono łącznotkankowy zrost z lewym jajnikiem. Guz usunięto, jamę brzuszną zaszyto na głucho. W okresie pooperacyjnym wylew krwawy do tylnego sklepienia, który po 3 tyg. zupełnie znikł. Rychłozrost. Na przecięciu guz przedstawiał się jako torbiel jednokomorowa o ścianach 2—3 mm. grubości, zupełnie zwapniałych. Zawartość torbieli — tłuszcz, cholesteryna, bez włosów i kości. S. sądzi, że była to torbiel skórzasta, która stopniowo odsznurowała się od lewego jajnika, pozostając z nim tylko w luźnym związku.

Karbowski. **Przypadek typowego cierpienia nosa.**

K. pokazuje chorą, która się zgłosiła z powodu bólów i zaczerwienienia grzbietu nosa. Badanie wykazuje lekkie obrzmienie skóry kostnego szkieletu nosa, znaczną bolesność przy dotyku oraz zaczerwienienie o granicach niewyraźnych. Cierpienie to opisał w r. b. dr. Srebrny, przyczym badanie rentgenologiczne nie wykazało zmian w kostnych częściach ani też w okostnej. Prawdopodobnie jest to schorzenie skóry i tkanki podskórnej nosa na tle skazy dnawej.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 21 stycznia 1924 r.

Przewodniczył Mesz.

Poncz. **Przypadek białkomoczu ortostatycznego.**

P. przedstawia chorego A. E. l. 24 z rozpoznaniem klinicznym obustronnej gruźlicy płuc, u którego spostrzega w moczu zjawisko charakterystyczne dla t. zw. białkomoczu ortostatycznego. Mocz nad ranem (gdy chory jeszcze leżał w łóżku) miał barwę jasno-żółtą, ciężar—1015; białka, cukru, urobilinogenu—nie było, a i w osadzie nic patologicznego. Gdy jednak, powstał, to już po 20'-ach w pozycji stojącej ciężar gatunkowy wynosił 1025, białka0, 8⁰/₀₀, występował urobilinogen, a w osadzie gdzie niegdzie pojedyńcze leukocyty, czerw. krwinki oraz wałeczki szkliste. Powtórne badania takie dawały wyniki analogiczne. Omawiając szczegółowo etiologję tego cierpienia, P. wymienia Jonson'a, Senator'a, Sahli'ego i in., którzy zjawisko to tłumaczyli zmianami anatomicznemi w nerkach. Porge znajdował zmiany w sercu i naczyniach obwodowych, Politzer sprawy zapalne w nerkach, związane z przewlekłym zapaleniem migdałków. Jehle zaś wprowadził teorję mechaniczną; według niej skrzywienie kręgosłupa ku przodowi (*lordosis*) w okolicy 1 — 3 kręgów lędźwiowych wywołuje białkomocz ortostatyczny, zarówno jak nieproporcjonalnie szybki wzrost kręgosłupa w stosunku

do długości ciała. Szukano też związku między białkomoczem ortostatycznym a konstytucją asteniczną, ale wszystkie wyżej przytoczone czynniki w danym wypadku nie są w stanie wytłumaczyć opisanego zjawiska, P. wysuwa inną koncepcję etiologiczną. Chory przedstawia mianowicie pewne cechy wagotoniczne; próby farmakodynamiczne z adrenaliną, atropiną, a zwłaszcza pilokarpiną, wypadły na korzyść wagotonji. Ponieważ wagotonja często występuje u osobników dotniętych gruźlicą, P. przypuszcza więc, że istnieje związek między wagotonją a białkomoczem ortostatycznym. Dla sprawdzenia słuszności swego przypuszczenia, prelegent wstrzykiwał choremu atropinę i baczył, jak będzie się zachowywał mocz po ½ godzinnym pozostawaniu w pozycji stojącej. Okazało się, że już po zastrzyknięciu 0,0005 atrop. ilość białka spadła do 0,6‰, po 0,001 atrop. był zaledwie ślad białka, a po 0,005 białko zupełnie znikło. Wynik tych doświadczeń należy tłumaczyć w ten sposób, że atropina, porażając zakończenia nerw. parasympat., usuwa czynnik wagotoniczny i powoduje zniknięcie białkomoczu. Występowanie białkomoczu ortostatycznego w związku z wagotonją prelegent wyobraża sobie w ten sposób, że układ parasympatyczny, będący w stałym napięciu pod wpływem toksyn gruźliczych, ulegając większemu podrażnieniu przy jakimkolwiek wysiłku (stanie, chodzenie i t. p.), wywołuje rozszerzenie naczyń nerkowych oraz ukazanie się białka w moczu a nieraz i morfologicznych składników krwi.

W dyskusji Szenkier wyraża powątpiewanie, czy w danym wypadku mamy do czynienia z białkomoczem ortostatycznym. Co się tyczy teorji mechanicznej dla wytłumaczenia tego objawu, to opiera się ona na zjawisku skrzywienia kręgosłupa ku przodowi, a to znow stoi w związku mniej lub więcej ścisłym z uciskiem na naczynia, zwłaszcza żyłę nerkową. Następnie S. tłumaczy na rysunkach stosunek wzajemny i kierunek przejścia naczyń nerkowych, tworząc warczek patologiczne krążenia przy sprawach uciskowych.

Goldflam wyraża uznanie prelegentowi za szczegółowe opracowanie niezwykle zajmującego tematu i dokonanie tak wielu badań doświadczalnych nad zjawiskiem wagotonji u pokazanego chorego.

Luxenburg omawia zjawisko białkomoczu ortostatycznego u dorosłych w zależności od tej lub innej pozycji oraz u dzieci, u których często występuje ono, jako wyraz okresowego zapalenia nerek. Szwajcer zastanawiając się nad teorją mechaniczną białkomoczu ortostatycznego, podkreśla częstość schorzeń nerek u ludzi w porównaniu ze zwierzętami, które wszak stale prawie znajdują się w pozycji poziomej.

Natanson i Szenkier. **Przypadek przetoki moczowodowo-szyjkowej.**

N. przedstawia chorą, której usunięto lewą nerkę. Chora przybyła przed 4-oma miesiącami; ciężki jej poród zakończono na-

łożeniem kleszczy. Po kilku dniach mocz zaczął się wydzielać przez pochwę, jednocześnie jednak mogła też oddawać parę razy dziennie mocz drogą zwykłą. Okazało się, że macica jest nieduża, ruchoma, twarda, pochwa szeroka, lewe sklepienie ściągnięte ku górze, a w głębi, w bliznach, mały otwór, przez który wydziela się mocz. Blizny, otaczające otwór, przenikają do macicy. Przez cewnik do pęcherza wpływa niewielka ilość moczu, ale ani cewnikiem ani zgłębnikiem nie można przejść do otworu przetoki.

Wszystko potwierdza więc rozpoznanie w tym wypadku przetoki moczowodowej, powstałej wskutek nałożenia kleszczy przy niezupełnym rozwarciu, co pociągnęło za sobą wysokie pęknięcie szyi z lewej strony i znaczny ucisk na moczowód, którego część uległa następnie zgorzeli.

Szenkler uzupełnia pokaz przez wskazanie danych diagnostycznych, niezbędnych dla stwierdzenia tego rodzaju przetok, następnie omawia wyniki prób czynnościowych, cewnikowania moczowodu, wreszcie opisuje zabieg chirurgiczny.

Sterling Wcł. **Przypadek zapalenia złuszczającego skóry typu Wilson-Brocq'a.**

S. przedstawia 28-o letniego F. S., który przybył na oddział 16. X. 22.

Choroba rozpoczęła się od zjawienia się czerwonych, moknących ognisk na mostku, na dośrodkowych powierzchniach podudzi i na dolnej części brzucha. Pomimo leczenia maściami i propidonem, w domu, zarówno jak i w Szpitalu Św. Łazarza, choroba rozprzestrzeniła się po całej skórze.

St. obecny. Skóra na całej powierzchni zaczerwieniona, miernie nacieczona, miejscami moknąca, miejscami pokryta drobnemi łuseczkami; między łopatkami, na mostku i podbrzuszu rozsiane czerwone blaszki, bardziej nacieczone i bardziej moknące. W zgięciach kolanowych oraz łokciowych pęknięcia skóry. Paznogcie są kruche. Uwłosienia pod pachami brak. Popęd płciowy znacznie zmniejszony. Ciepłota — n.. Mocz — n.. Krew: Hg. 66%; czerw. krwi n. 3600000; leukocyt 4200, z których neutrofil 63%, limfocyt— 21%, monocyt. 3%, przejściowych 11%, eozinofil. 2%. Wasserman —.

Badania farmakologiczne układu współczulnego (próby na atropinę, adrenalinę i pilokarpinę stosowane dożylnie) wykazały przytym u chorego nieznaczny stopień wagotonji.

L. Bregman i Nudelman. **Z powodu nowotworu płuc z przerzutem do móżdżku w przypadku, przedstawionym na posiedzeniu dn. 21 XII. 23.** (patrz str. 169).

Bregman przypomina, że przedstawił wówczas kobietę 45-letnią, u której rozpoznano na oddziale nowotwór płuc z przerzutem do móżdżku. Chora ta w kilka dni później zmarła. Badanie pośmiertne potwierdziło w zupełności rozpoznanie kliniczne. W płucach znalezio-

no b. dużo guzków, najwięcej ich było w płatach dolnych; liczne guzki znaleziono na opłucnej ściennej i otrzewnej, a w jamie opłucny dużo płynu krwawo zabarwionego.

W prawej półkuli móżdżku wykryto guzek, ściśle odgraniczony od otaczającej go tkanki mózgowej, poza tym 2 mniejsze w obrębie lew. półkuli móżdżku oraz w prawej półkuli mózgowej w okolicy zwojów środkowych. W innych narządach zmiany zwyrodnieniowe spowodowane długotrwałą wyniszczającą chorobą; przerzutów tu nie znaleziono, (prawe nadnercze było nieznacznie powiększone. Nie ujawniono też guza w jamie brzusznej, który wyczuli byli obecni na posiedzeniu 21 XII 23. koledzy urologowie, myśląc, że to był właśnie punkt wyjścia całej sprawy (*hypernephroma)*.

Badanie drobnowidowe nowotworów (Jastrzębski) wykazało budowę śródbłoniaka.

Nudelman uzupełnia przemówienie Br., pokazując preparat makroskopowy mózgu i obu półkul móżdżku. Guz w móżdzku na przekroju był zmieniony, podobny do miazgi. Stwierdzono również wybitną różnicę histologiczną między tym guzem a innemi, gdyż jądra i zaródź komórek barwiły się w nim znacznie gorzej (Jastrzębski). W guzie móżdżkowym znaleziono też liczne ogniska obumarłe ze śladami zaledwie pojedyńczych komórek.

W dyskusji Szenkier wyjaśnia, że w powyższym przypadku bynajmniej nie twierdził z całą stanowczością o istnieniu nadnerczaka. Można było istotnie popełnić omyłkę diagnostyczną, biorąc wówczas anomalję w ułożeniu wątroby za guz jamy brzusznej.

Flatau podkreśla stwierdzony przez sekcję fakt, ze naświetlanie prom. R. nie spowodowało zniknięcia guzów, aczkolwiek za życia wystąpiło tak znaczne czasowe polepszenie. Należałoby w przypadkach takich naświetlaniu poddać cały mózg.

Goldflam pyta, czy znaleziono na sekcji objawy zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Mesz wyjaśnia, że chora mogła być naświetlana jeden raz tylko, przyczym dostała dawkę 24 H. Płuc nie naświetlano ze względu na znaczny stan osłabienia chorej.

Jastrzębski tłumaczy, że preparaty guzków móżdżku z trudnością się barwiły, co przypisuje właśnie wpływowi naświetlania. W obrazie mikroskopowym J. spostrzegał liczne bardzo dzielenie się komórek, zarówno prawidłowe, jak i nieprawidłowe.

Flatau uważa również, że zmiany, wykryte przez Jastrzębskiego, należy uzależnić od naświetlania. F. przypomina, że w nowotworach złośliwych, w okresie wstecznego rozwoju, często wykrywa się komórki, których jądra i zaródź źle się barwią.

W odpowiedzi Bregman zaznacza, że błędy rozpoznawcze, o ile są uzasadnione, posiadają dużą wartość naukową. W powyższym przypadku jednak brak było danych dla rozpoznania guza w jamie brzusznej. O wątrobie w opisie sekcyjnym powiedziano, że była dość duża, że na powierzchni przeponowej są ślady zblizno-

wacenia otrzewny, przekrój zaś był brunatno-żółty, zraziki dość wyraźne. O opuszczeniu i zniekształceniu wątroby, co mogłoby dać złudzenie nowotworu w prawej dolnej części brzucha, nie było wzmianki.—Zwoje i brózdy mózgowe były nieco spłaszczone; wodogłowia nie było.

Sprawozdanie z posiedzenin dnia 8 lutego 1924 r.

Przewodniczył Natanson.

Karbowski. **Przypadek przewlekłego ropnego zapalenia zatoki szczękowej, operowany metodą wewnątrznosową.**

K. przedstawia chorą, operowaną w przychodni Szpitala, z powodu cuchnącego ropnego wycieku z prawego nozdrza, z ropą w zatoce Highmor'a, wydzielającą się w dużej ilości przez otwory fizjologiczne. Leczenie zachowawcze nie dało poprawy. Po usunięciu przedniej części dolnej muszli, utworzono płat śluzowo-okostnowy, odłuszczony od wewnętrznej ściany zatoki Highmor'a. Wydłutowano dość duży otwór, którego dolny brzeg pokryto wyżej wymienionym płatem. Już upłynęło 5 tygodni; ropienie oraz wszelkie dolegliwości ustąpiły, otwór natomiast pozostał.

W dyskusji Gotfryd uważa, że przy poważniejszych zmianach w błonie śluzowej zatoki Highmor'a zabieg taki nie miałby swego usprawiedliwienia, gdyż należy jamę z uchyłkami dokładnie wyskrobać. Na pojedyńczym przypadku trudno wogóle opierać sąd o celowości i wynikach takiego sposobu operowania. — K. w odpowiedzi podkreśla, że postępowanie, wyżej opisane, obrał i w przyszłości będzie obierał tylko w przypadkach zmian nieznacznych w śluzówce zatoki.

K. Nudelman. **2 przypadki krwotocznego zapalenia opon miękkich** (z oddz. 2 Bregmana).

N. podaje przebieg szczegółowy choroby w obu przypadkach. Charakterystyczne były następujące objawy: początek nagły bez wszelkich zwiastunów, utrata przytomności, silne bóle głowy, zwolnienie tętna, podwyższona ciepłota ciała, sztywność karku, wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego (obecność krwi, ksantochromja, a Nonne-Apelt ujemny) oraz porażenia.—N. podkreśla szczególnie, że w pierwszym przypadku było porażenie n. okoruchowego oraz nawrót choroby (w 5 tygodni po pierwszym napadzie), a w 2-im przypadku zasługuje na uwagę charakter niemoty amnestycznej, przytym podkreślić też trzeba dodatni wpływ w obu przypadkach nakłuć lędźwiowych, stosowanych kilkakrotnie.

W dyskusji Goldflam zaznacza, że zasługują tu na podkreślenie szczególnie nawroty. Ogólny przebieg choroby odpowiadał naogół schorzeniu, rozpoznanemu przez N., natomiast dla wytłumaczenia porażenia n. okoruchowego należałoby przypuścić, że sprawa

początkowo toczyła się na powierzchni półkul mózgowych, a później krew spłynęła ku podstawie mózgu i tu wtórnie wywołała objawy ze strony nerwu okoruchowego.

W 2-im przypadku wiek starszy mógłby nasunąć myśl o *Pachymeningitis haemorrhagica.*

Flatau zaznacza również, że rozpoznanie w przypadku I-ym nie budzi wątpliwości; radzi te sprawy zwyczajnie nazywać krwotokiem do opon miękkich *(haemorrhagia leptomening.)*, gdyż niema tu pierwotnego stanu zapalnego.—F. nie zgadza się z poglądem Goldflama na przyczyny porażenia nerwu okoruchow. w przyp. I, przyczym powołuje się na wynik swych badań doświadczalnych, jak wprowadzenie tuszu, błękitu metylenowego i t. p. pod pajęczynówkę lub do kanału kręgowego. Na sekcji—u zwierząt albo na zwłokach ludzkich—stwierdza się wówczas zawsze właśnie zabarwienie podstawowych części mózgu, a nie przeciwnie powierzchni wypukłej półkul.

Co się tyczy przypadku II-ego, to F. skłonny jest jak i Goldflam, rozpoznać tu raczej *Pachymeningitis haemorrhag intern.*

Bregman podkreśla, że różniczkowanie między *Pachymengitis haemorrhag. int.* a krwotokiem podpajęczynowkowym jest niekiedy bardzo trudne. W przyp. II-im za krwotokiem podpajęczynówkowym przemawiały przedewszystkiem brak etjologji właściwej dla *pachym. int.*—stwardnienia naczyń i alkoholizmu, pozatym pomyślne zejście, dobry wpływ nakłuć lędźwiowych. Porażenia mięśni ocznych w krwotokach podpajęczynówkowych nie były dotąd opisywane. B spostrzegał je niedawno również, u młodego człowieka; zajęty tu był nerw odwodzący. W obu przedstawionych przypadkach otrzymano dodatni odczyn Wassermana w krwi, lecz żadnych objawów ani danych dla rozpoznania przymiotu nie było, poprawa zresztą w obu przypadkach nastąpiła bez zastosowania leczenia swoistego. Przyszłość być może wyjaśni przyczynę w tych razach dodatniego odczynu Wassermana—widzimy wszak objaw ten niekiedy i w nowotworach mózgu bez jakichkolwiek danych dla przymiotu.

Higier zwraca uwagę na możliwość przedwczesnego stwardnienia naczyń w przyp. I ym, które prowadzi do krwawień w oponach miękkich. H. nie uzależniałby w danym przypadku widocznej poprawy ściśle od dokonywanych często nakłuć lędźwiowych, każde porażenie na tle wylewów mózgowych może bowiem ulegać okresowej poprawie.

Rotstadt omawia sprawę leczenia *Lept. haemorr.* przez stosowanie w podobnych wypadkach częstych nakłuć lędźwiowych. R. uważa, że jeżeli nakłucie daje już płyn przezroczysty, mniej krwisty, względnie ksantochromiczny, to należy się starać unikać zbyt wielu następnych nakłuć, mogą one bowiem w pewnych warunkach okazać się szkodliwe i spowodować pogorszenie, nawrót krwotoku, na skutek naruszenia powtórnie równowagi w krążeniu krwi płynu mózgowo-rdzeniowego.

Flatau nie widzi takiego niebezpieczeństwa po wielokrotnie po-

wtarzanych nakłuciach w *Lept. haemor.*, zwł. w danych wypadkach, gdy, ustąpienie bradykardji oraz bólów głowy w zupełności zabiegi te usprawiedliwiało.

Simchowicz przypomina, że po krwotokach podpajęczynówkowych, gdy krew ulega stopniowo wessaniu, często występuje gorączka do 40^0.

Goldberg. **Przypadek pęknięcia nerki.** (Z oddz. M. Lubelskiego.)

62-letni robotnik spadł podczas wybuchu w Cytadeli z drabiny na podłogę, poczuł gwałtowny ból w lewym boku, poczym wystąpiło zaparcie moczu (zdarzało się to już dawniej, gdyż cierpiał na przerost gruczołu krokowego). Mocz zrazu był krwawy, lecz po kilku dniach chory oddawał już mocz (dla gołego oka) czysty. Po 10 dniach sprowadzono go do Szpitala w stanie zamroczenia, z gorączką; w praw. płucu były rozlane rzężenia wilgotne, świsty, gdzieniegdzie wypuk tępy. Na poziomie miejsca lewej nerki, w miejscu urazu, wytworzyło się b. bolesne uwypuklenie, z którego wydobyto płyn o zapachu amoniaku z dużą liczbą wyługowanych cz. c. krwi, 30 — 50 leuk. w polu widz., bez drobnoustrojów. W moczu: $0{,}9^0/_{00}$ białka, po 20 — 30 biał. c. w pol. widz., 100 — 200 cz. c. krwi oraz elementy nerkowe. Nie ulegało wątpliwości, że była tu urazowa sprawa lewej nerki. Bardziej szczegółowe badania, ze względu na stan ciężki chorego, nie były wykonywane. W uśpieniu eterowym natomiast, po cięciu, jak do nefrektomji, odsłoniono jamę do głębok. 10 — 12 ctm., skąd wyciekło sporo płynu, jak podany wyżej, wraz ze skrzepami krwi. Z pod 12 żebra wydzieliło się nieco ropnej cieczy. Okazało się, że nerka była rozdwojona, górna mniejsza część jej pokryta skrzepami krwi i przyrośnięta do przepony oraz dolnego brzegu 12 żebra; dolna — większa, w odległości 6 ctm. od górnej, zawierała naczynia i moczowód. Stan ogólny wyłączał myśl o zabiegu doszczętnym — usunięciu uszkodzonych części. Po zabiegu wtępnym stan chorego zrazu się polepszył, ciepłota opadła i t. d., lecz górny biegun rozdwojonej nerki ulegał coraz rozpadowi, z rany wydzielał się obficie mocz, a po 16 dniach (od urazu) stan się pogorszył, zwł. na skutek zapalenia w płucu prawym, to też chory 22 dnia po operacji zmarł. Sekcja wykazała, prócz już wyżej wskazanych zmian, kilkanaście jam gruźliczych, w praw. płucu oraz otorbioną jamę gruźliczą z płynem ropnym w prawej nerce.

W dyskusji Lubelski, Datyner, Wertheim godzą się, że podobne uszkodzenia nerki powinny być operowane radykalnie; w danym wypadku jednak powikłania płucne i ogólny stan ciężki chorego (gruźlicze objawy w narządach) słusznie myśl o natychmiastowej doszczętnej operacji na plan dalszy usunęły. Szenkier sądzi, że należało jednak i tu wykonać odrazu zabieg doszczętny.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 29 lutego 1924 r.

Przewodniczył Rotstadt.

Jastrzębski. **O uchyłkach dwunastnicy.** (Patrz artykuł oryginalny str. 129).

W dyskusji Abramowicz uważa, że we wszystkich 3-ch przypadkach, omówionych przez J., uchyłki nie były wrodzone, lecz nabyte. A. wskazuje między innemi na pracę o tym przedmiocie w „The Lancet", gdzie ustalono różniczkowe cechy dla nabytych i wrodzonych uchyłków dwunastnicy. Dla rozpoznania uchyłka wrodzonego w każdym bądź razie jest miarodajne zachowanie gruczołów Brünnera, uchyłki nabyte, przeciwnie, jak to miało miejsce w danym wypadku, nie przedstawiają budowy jelita. Wertheim dodaje, że sprawy zapalne w sąsiedztwie jelita mogą również wpłynąć niekiedy na wytworzenie uchyłka.

Goldstein. **Przypadek ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego u niemowlęcia.**

G. przedstawia $1^1/_2$-roczne dziecko, które zapadło przed 3 mies. na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego z przedziurawieniem i ropnym nacieczeniem w okolicy kątnicy. G. wykonał apendektomję. Ropne zapalenie wyrostka robaczkowego u niemowląt należy do przypadków rzadszych, rzadziej jeszcze bywa we właściwym czasie rozpoznane.

Wertheim. **Przypadek skrętu esicy.**

W. przedstawia preparat esicy 60-letniego chorego. Od roku było uporczywe zaparcie stolca i perjodycznie bóle w lewej $^1/_2$ brzucha, połączone z wzdęciem.

Na oddział przybyl z objawami zupełnej niedrożności jelit, co po wysokich przemywaniach ustąpiło całkowicie.

Wobec znacznego powiększenia esicy (badanie Rentg.) W. postanowił wykonać doszczętny zabieg, gdy minie okres osłabienia po ostrym napadzie. Po upływie kilku dni chory nad ranem, nagle, poczuł znów gwałtowny ból w dole brzucha i w zapaści, w niespełna 2 godz., życie zakończył. Oględziny pośmiertne wykazały olbrzymią, zlekka skręconą, esicę, zrośnięcie odcinka końcowego jelita krętego do podstawy esicy i tuż obok otwór wielkości 5 groszy do samego światła kiszki grubej, w miejscu dna starego owrzodzenia; w sąsiedztwie znaleziono takie same owrzodzenie, lecz jeszcze nie przeżarte. Oba otwory znajdowały się w rozszerzonym odcinku esicy, powyżej miejsca skrętu. Owrzodzenia, względnie przedziurawienia jelit w przebiegu niedrożności spotykamy dość rzadko. Umiejscowienie ich nie zawsze też odpowiada miejscu przeszkody; przeciwnie, spotykamy je powyżej zwężenia, co według Kocher'a uzależnione jest od nadmiernego rozciągnięcia ściany jelita, zastoju żylnego,

prowadzącego do zakrzepów, krwawień w śluzówce i martwicy. Stąd wskazanie do wczesnego usunięcia przeszkody w krążeniu treści jelitowej; niewiadomo jednak, czy w przypadku, przytoczonym wyżej, zabieg doszczętny, mający na celu zapobieżenie nawrotowi skrętu, uchroniłby chorego od przedziurawienia jednego z istniejących już owrzodzeń esicy. Mogłoby ono również wystąpić w okresie pooperacyjnym, jak to miało miejsce w danym wypadku, w okresie spokoju, po napadzie ostrej niedrożności.

L. Tonenberg. **Gruźlica worka przepuklinowego (pokaz preparatu)** (Z oddz. A. Werthdima).

60 kilkoletni chory przybył z powodu silnych bólów (od kilku dni) w lewej okolicy pachwinowej, bez zatrzymania wypróżnień i wiatrów. Stwierdzono przepuklinę w całej lewej połowie moszny, bolesną i zupełnie nieodprowadzalną. Brzuch niewzdęty; ciepłota nor., tętno nieco <. Przystąpiono natychmiast do operacji (w znieczuleniu miejsc.) wobec prawdopodobieństwa uwięźnięcia sieci, przyrośniętej do worka i niemożności wyłączenia uwięźnięcia typu Littré. Wewnętrzna powierzchnia przerośniętego worka przepuklinowego była pokryta licznemi gruzełkami; w ścianie worka oddzielne twarde guzki; zawartość jego — kłąb sieci niezwykle twardy, przyrośnięty w kilku miejscach do worka. Oddzielono zrosty u wrót, wydobyto z jamy brzusznej ciąg dalszy sieci i pętle jelit, o wyglądzie normalnym. Gruzełków na otrzewnej ściennej, powyżej wrót zewnętrznych, nie zauważono. Sieć wycięto, worek wydzielono; powrózek i jądro niezmienione. Wykonano operację doszczętną wedł. Girard'a—Barker'a. Histologicznie—schorzenie gruźlicze. Rychłozrost. Gruźlica worka przepuklinowego, pierwotna i samoistna, bez jednoczesnej gruźlicy otrzewny, jest zjawiskiem rzadkim. Batzdorf (1913) podał 2 przypadki wyłącznej gruźlicy worka, Tournaux 1920 r. 1 przypadek pierwotnej gruźlicy worka.

W dyskusji Poncz uważa, że w danym wypadku nie można twierdzić, że w otrzewnej nie było gruzełków, gdyż nie było możności obejrzenia jej. Przypadki pierwotnej i wyłącznej gruźlicy worka przepuklinowego zaczerpnięte z literatury nie wzbudzają zbyt dużego zaufania, ponieważ nie były stwierdzone sekcyjnie. Lubelski sądzi, że niskie położenie przepukliny może się przyczynić do szybszego rozwoju i wydatniejszego umiejscowienia gruzełków w dolnym odcinku otrzewny, a więc na worku; nie przypuszcza również, aby miała tu miejsce pierwotna i samoistna gruźlica worka przepuklinowego. Natanson przyznaje, że trudno tu oczywiście wypowiedzieć się o stanie otrzewny, gdyż nie było sekcji. Często jednak np. widzi się gruźlicę otrzewnej, zlokalizowaną w obrębie jednego jajnika, gdy drugi i pozostała część otrzewny są bez gruzełków.

Sprawozdanie z posiedzenia dn. 14 marca 1924 r.

Przewodniczył Wcł. Sterling.

J. Milejkowski. **„Jodo-Bismuth-Chinin“ Gessnera w przymiocie.** (Odczyt; z oddz. Wcł. Sterlinga. (Patrz art. oryg. Kw. Kl. T. III, Zesz. II 1924.)

W dyskusji Markusfeld stwierdza, że zapał do bizmutu w leczeniu kiły znacznie słabnie, gdyż, jak się zresztą i sam wielokrotnie przekonał, nie jest to środek lepszy od rtęci. M. stosował rozpuszczalne preparaty bizmutu. Szybkość gojenia się wrzodu pierwotnego zależy, jak zawsze, od charakteru danego przypadku. Choć krętki istotnie zrazu pod wpływem bizmutu znikają, lecz później podczas leczenia często znów się pojawiają. Merenlender dodaje, że Milejkowski zbyt mało podkreślił niewątpliwe braki jodobizmut-chininy (nawroty po nim, dość późne znikanie odcz. Wass. nie bacząc na energiczne leczenie bizmutem i n. inne). Sterling, uważa, że bizmut niewątpliwie odgrywa do pewnego stopnia taką samą rolę, jak salwarsan, trzeba jednak zarazem mieć na względzie w leczeniu kiły trzy czynniki: ustrój, krętki i lek. Gdy lek jest czynny, krętki przeważnie znikają, oporny zaś ustrój stanowi często wielką przeszkodę dla pożądanych wyników.

J. Chanarin. **O przeroście palców.** (Odczyt; z oddz. rentgenolog. N. Mesza. (Patrz artyk. oryg. Kw. Kl. Tom. III, Z. II, 1924).

Frank i Szour **Metodyka, wyniki i kliniczne znaczenie badań chemiczno-morfologicznych zawartości dwunastnicy**, (Streszczenie odczytu; z oddz. St. Klejna.)

Frank omawia technikę badania zgłębnikiem dwunastniczym; stosuje ją na oddziale doc. Klejna od 5 lat. Wymienia zgłębniki Boudi'ego, Eisler'a, Barsony'ego, Egan'a i Seidla. Dogodny zwł. jest zgłębnik Barsony'ego i Egan'a z 2-u równolegle ze sobą połączonych zgłębników, z których dłuższy dla dwunastnicy, drugi, krótszy o 15 cm., pozostaje w żołądku. W kwestji wydobywania 2 porcji żółci, t. zw. wątrobowej i pęcherzykowej (po zastrzyknięciu 30% roz. magn.sulf. lub 5% peptonu) F. podkreśla, że niemożność wydobycia porcji drugiej, t. j. ciemniejszej żółci pęcherzykowej, jest często dowodem zrostów okołopęcherzykowych, przyczym powołuje się na badania Pribrama, Steppa, Rutkowskiego oraz własne oddziałowe.—Szour omawia wyniki chemiczno-morfologicznych badań zawartości dwunastnicy i żółci u przeszło 100 chorych. Normalnie żółć białka surowiczego nie zawiera. Sz. określał je w żółci metodą Raue'go, przez siebie zmodyfikowaną; wyniki uzyskane pozwalają Sz. obalić wywody Lepehne'a, który określał białko sposobem Brauer'a. Białko w żółci Sz. wykrył w 32% przyp. (Lepehne wykrywał je w każdej żółci), w ilości od śladów do 6‰. Najwięcej białka dały przypadki ropnego zapalenia dróg żółciowych, wzgl. pęcherzyka żółcio-

wego, w drugiej pęcherzykowej porcji żółci. Sz. kwestjonuje słuszność twierdzenia Raueg'o, że marskość wątroby różni się od zastoiny brakiem białka; 50% przyp. marskości wątroby wykazały dodatnią białkożółć. Sz. wykrywał urobilinogen w kamicy żółciowej, marskości wątroby, w żółtaczce hemolitycznej, niedokrwistości złośliwej i w zimnicy. W sprawach zapalnych i ropnych dróg żółciowych, pęcherzyka żółciowego oraz dwunastnicy, wbrew wynikom Lepehne'a, urobilinogen występował rzadko. Porównawcze badania dały w 40% brak równoległości w występowaniu urobilinogenu w żółci i moczu. Sz. sądzi, że to zjawisko zdarza się: 1) w początkowych okresach niewydolności wątroby, kiedy żółć wykazuje już odczyn Ehrlicha, a mocz zbyt ubogi w urobilinogen odczynu tego jeszcze nie daje, 2) w niewydolności nerek i 3) w wypadkach zmniejszonej zdolności chłonnej jelit. Niekiedy więc niewydolność wątroby może być wcześniej wykazana przez wykrycie urobilinogenu w żółci, aniżeli przez ujawnienie go w moczu; posiada to doniosłe znaczenie praktyczne. Ilość śluzu w żółci nie świadczyła o natężeniu stanu zapalnego dróg żółciowych, jak również badania zawartości dwunastnicy na zaczyny nie miały decydującego znaczenia w różniczkowaniu schorzeń trzustki, gdyż dawały wyniki sprzeczne. Doniosłe znaczenie Sz. przypisuje badaniu osadu zawartości dwunastnicy. Ropę można było wykazać w 32% przyp.; wszystkie dotyczyły ropnego zapalenia dróg żółciowych lub pęcherzyka żółciowego; większe ilości kryształków cholesteryny były obecne tylko w przypadkaah kamicy żółciowej. W końcu Sz. omawia znaczenie spotykanych w osadzie wałeczków i barwików żółciowych, złuszczonych nabłonków, cząsteczek guzów i t. p.

W dyskusji Róbin podkreśla niewątpliwą zasługę oddz. doc. Klejna w sprawie tak ważnych systematycznych badań zgłębnikiem żółci oraz zawartości dwunastnicy. Klejn, uzupełniwszy kilku szczegółami wyniki tych badań, otrzymane na oddziale, a przytoczone przez Szoura, podkreśla doniosłe znaczenie bakterjologicznych poszukiwań w żółci; ujawnienie ropy jest bardzo ważne dla rozpoznania i rokowania. — K. przytacza spostrzeżenie swe, gdy kilkakrotnie stwierdzał w dwunastnicy ropę, bez stanu gorączkowego, bez groźniejszych objawów w stanie chorego, a jednak sprawa skończyła sie niepomyślnie. W końcu K. omawia znaczenie wprowadzania do ustroju takich leków hypertonicznych, jak siarczan magnezu i in., w związku ze zmianami, które pod wpływem tych środków zachodzą w składzie żółci. Lapidus omawia szczegółowo poglądy Einhorna i innych na wydzielniczą działalność wątroby, wzgl. tworzenie się żółci i urobilinogenu.

Klejn i Sołowiejczyk. **Przypadek usunięcia śledziony z powodu samoistnego niedostatku płytek krwi.** (*trombopenia essential.*)

Klejn przypomina, że chora była demonstrowana mniej więcej przed 6 miesiącami. Przybyła wówczas na oddział (3-VIII. 23.)

z powodu krwawienia z dziąseł, nosa, macicy i wybroczyn podskórnych, które występowały w nieprawidłowych odstępach czasu od 1908 r. Na oddziale stwierdzono podskórne wylewy krwi na dolnych i górnych kończynach, na piersiach oraz obfite wybroczyny w jamie ustnej. Śledzionę wyczuwano o 1½ palca poniżej łuku żebrowego; wypukowo do VIII żebra.—Wątroba niemacalna. W moczu nic patologicznego W krwi: leukocyt. 9000, płytek Bizzozero 1935, limfocyt. 20.8%, monocyt 4.8%, neutrofil 71.1%, tucznych 0,9%, plazmatycznych 2,4%. Chorą naświetlano prom. R. Sołowiejczyk 25/IX-23 dokonał operacji, w uśpieniu eterowym (cięcie wzdłuż lewego łuku żebrowego, dług. 30 cmt.). Śledzionę (bez zrostów) wyłuszczono; szypułę podwiązano. Wobec krwawienia z drobnych naczyń zostawiono paski gazy, które usunięto po kilkunastu dniach. Chora zniosła zabieg dobrze; w przebiegu pooperacyjnym wahania ciepłoty od 37° — 38°

16. IX-23 leukocytoza 48,200; płytki układały się kępkami. 30. IX. 22 leukocyt.— 1200; płytek 270,000.— Obecnie stan chorej dobry, wylewów krwawych dotąd nigdzie nie ujawniono.

W dyskusji Luxenburg kwestjonuje trwałość wyników dodatnich po splenektomji, gdyż według L. w podobnych skazach krwotocznych prócz śledziony cierpieniu ulega również cały układ limfatyczno-siatkowaty. Radzi więc w każdym podobnym przypadku przed operacją stosować racjonalne naświetlanie śledziony prom. R.

Natanson podkreśla niewspółmierność krwawień macicznych ze stopniem schorzenia skazy krwotocznej w danym wypadku. W końcu Klejn omawia teoretyczne podstawy wskazań do splenektomji w cierpieniach takich, jak marskość wątroby zanikowa, zapalenie żył zakrzepowe ze znaczniejszemi krwawieniami i n. inne.

Sprawozdanie z posiedzeń dn. 28 marca i 25 kwietnia 1924 roku.

Przewodniczył Wertheim.

Berlis. **Współczesne poglądy na patogenezę pryszczycy.** (Odczyt. Patrz art. oryg. w Warsz. Czas. Lek. № 4 1924.)

B. wskazuje, że ostatnia większość autorów podkreśla znaczenie czynnika biologicznego w patogenezie pryszczycy. Na zasadzie badań Jaegera, Jadassohna, Br. Blocha, Almkrista, Luithlena, Hilgermanna i innych, B. sądzi: 1) że w powstawaniu pryszczycy ważną rolę odgrywają zjawiska nadwrażliwości, wrażliwości szczególnej i uczulenia; 2) że w powstawaniu tych zjawisk grają pewną rolę miejscowe własności skóry; 3) że zjawiska te w pryszczycy są umiejscowione głównie w naskórku i układzie naczyniowym; 4) że obok czynnikow zewnętrznych — pryszczycę mogą wywołać czynniki wewnętrzne; 5) że oprócz zjawisk nadwrażliwości, wrażliwości szczególnej i uczulenia, w powstawaniu pryszczycy odgrywają rolę również i inne czynniki, głównie zaś czynnik pasorzytniczy.

Przewodniczył Sołowiejczyk.

J. Finkelkraut i L. Goldman. **Yatren-Kazeina, jako środek leczniczy w gorączce połogowej oraz jej powikłaniach** (Odczyt. Patrz art. oryg. Kw. Kl. T. III, Zesz. II. 1924).

Szenwic omawia wartość proteinoterapji w ginekologji wogóle. Flokszt rumpf zaleca badanie krwi na posiewach i autoszczepionki. Szour podkreśla zjawisko b. nieznacznej leukocytozy w spostrzeżeniach prelegentów, usiłuje to wytłumaczyć wyczerpaniem i przebytą ciążą. Altkaufer zaznacza, że szło głównie o poznanie działania Yatren-Kazeiny. Krew badano metodycznie, aby się przekonać, jak organizm reaguje na lek, szczeg. uwzględniano właśnie leukocytozę; wyniki są b. zachęcające.

A. dziękuje Lek. Nacz. dr. Szwajcerowi za utworzenie w Szpitalu dzięki jego poparciu, tak niezbędnego oddziału specjalnego dla chorób połogowych.

TREŚĆ NUMERU:

SOMMAIRE:

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **H. Altkaufer, E. Flatau, Wcł. Sterling, J. Szwajcer.**

Adres Redakcji:
Szpital Starozak. Pawilon IX, Oddział Terapji Fizykalnej, tel. 507-12.
Dr. J. Rotstadt
Adres Admistracji: (czasowy)
Elektoralna 11, tel. 37-33, Dr. H. Altkaufer.

Skład Główny: w Księgarni „Polska Składnica Pomocy Szkolnych" Marszałowska 143, tel. 40-64.

Druk. „KRAJOWA" w Warszawie, Żelazna 89, Telefon 188-70.